These

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

EM 31 DE OUTUBRO DE 1904

POR

Flavio Rodrigues de Gouveia

NATURAL DO ESTADO DA BAHIA

(*Cidade do Andarahy—Lavras Diamantinas*)

AFIM DE OBTER O GRAO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

O mundo é para nós o que nós quizermos que elle seja.

DISSERTAÇÃO

Mechanismo do parto

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do Curso de Sciencias Medico-Cirurgicas

BAHIA

OFFICINA TYPOGRAPHICA

5—LARGO DA PALMA—5

1904

PREFACIO

. . . .

L'homme ne jouit longtemps et sans remords
Que des biens chèrement payès par ses èfforts.

Proudhomme.

Era no sertão da minha terra.

Não sei que effluvios de luz brilharam a minha fronte tenra de moço, quando, ha 16 annos, os primeiros hymnos de minh'alma começavam a despertar-me á procura de um idéal.

Na ignorancia e na pobreza, cheio de sensações multiplas. o andar vacillante, avido de luz para encher o negro vacuo das minhas concepções, assim foi que se iniciou a derrocada da minha triste existencia.

. . . .

Com as cinzas do presente possa architecturar um novo edificio em prol da humanidade.

Leitor, meu amigo, perdoai-me se sou o eclypse que vai perturbar a vossa generosidade: de mau humor e tristeza teria sido o ambiente da minha pobre choça, se não tivesse encontrado nos vossos estimulos o pedestal das minhas aspirações. Por talento tive a dôr e o soffrimento a depurar-me a alma; varreram-me, cêdo, a saúde os furacões da existencia e a dura sorte quiz negar-me o pão dos condemnados martyres.

Longa e dolorosa tem sido esta vigilia. Que tempestades se me desencadearam n'alma! Que céu tão puro sonharam os meus primeiros dias! E se não fôra tal, não trocara os matizes da minha vida de moço pela densa nuvem de um céu procelloso e triste, não passara na sesta da dôr e da miseria,

«curvado sobre os livros, a mais florida quadra de meus dias sereno a trabalhar.»

. . . .

Foi este anno e já muito tarde, attendendo ás multiplas circumstancias que podem envolver uma idéa, que me surgiu a de, correspondendo aos dictames da lei, organizar o meu humilde e despretencioso trabalho sobre a cadeira de Clinica Obstetrica, cujo ensino nos é ministrado por uma das maiores dedicações do corpo docente da Facnldade de Medicina.

Restringindo-me ao estudo do MECHANISMO DO PARTO, não venho trazer á banca de exame, e muitissimo constrangido o faço áquelles que me honrarem com a sua bondade e acolhimento, si não um ligeiro transumpto de algumas obras que o acaso me deparou na bibliotheca da nossa Faculdade, alliado a algumas noções das bellas lições que com o maximo

desvelo e bondade extrema nos prodigalizou o dedicado mestre Dr. Climerio Cardoso de Oliveira, eximio lente da cadeira em questão.

Terminando esta narrativa que já vai se tornando assáz longa e demorada, sem jámais nutrir desanimos pelos despotismos da sorte, chorando sobre as ruinas do meu presente, direi como Agostinho Thierry: «Eis o que eu fiz e o que faria de novo se tivesse de recomeçar a minha peregrinação; seguiria o caminho que me conduziu ao ponto em que me acho.»

DISSERTAÇÃO

MECHANISMO DO PARTO

Cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica

INTRODUCÇÃO

O trabalho a que vamos nos expor parece-nos um dos que offerecem mais importancia sob o ponto de vista obstetrico; é de alguma sorte a clave que abrirá caminho aos nossos estudos posteriores, constituindo, por isso, o alicerce, o elemento basico indispensavel para o desenvolvimento dos outros ramos peculiares a esta sciencia.

Antes, porém, de penetrarmos o recinto principal do nosso assumpto, julgamos do maximo interesse, para boa orientação do que vae se seguir, fazel-o preceder de algumas idéas succintas a respeito do trabalho do parto, sua divisão, etc.

O trabalho é o conjuncto dos phenomenos observados no fim da gravidez, seja relativamente á mãe, ao feto ou a seus envolucros.

Segundo CHANTREUIL E TARNIER dividiremos estes phenomenos em *physiologicos*, (contracções uterinas, modificações e dilatação do collo, formação do sacco das aguas, escorrimento dos humores, ampliação da vulva, da vagina e do perineu), *mechanicos* (movimento do feto atravéz do canal pelvio-genital) e *plasticos* (modificações de fórma do feto.)

Faremos com a maioria dos autores a divisão do parto em trez periodos, a saber: 1.° periodo, o periodo preparatorio, consistindo na dilatação do orificio uterino (orificio externo do collo que, pelo desapparecimento deste, passa a chamar-se orificio uterino), periodo em o qual as dores attingem o seu maximo; 2.°, o periodo de expulsão que se estende desde a dilatação completa até a sahida do feto, caracterizado pela contracção abdominal que vem em auxilio da contracção uterina; 3.°, periodo de expulsão dos annexos, conjuncto das partes extra-embryonarias do ovo (placenta, cordão e membranas), ao qual se denomina *delivramento*. O nosso assumpto consiste essencialmente no estudo dos phenomenos mechanicos e está contido no segundo periodo do parto.

Não começaremos já pelo estudo destes phe-

nomenos; antes, porém, daremos alguns esclarecimentos sobre o que se torna mais necessario a respeito da bacia, sua conformação geral, inclinação, eixos e os diversos diametros com os quaes tem de se pôr em relação o producto de concepção materna; estudaremos a parte ligamentosa e articular da bacia no que julgamos de maior necessidade e cruzaremos algumas linhas, ligeiramente, no tocante ao perineu; com este pequeno acervo vamos constituir o *Primeiro Capitulo* do nosso trabalho; faremos tambem uma descripção succinta e rapida da cabeça fetal, com especialidade, e seus diametros mais necessarios e assim temos encontrado a materia para o nosso *Segundo Capitulo.* Convém elucidar, entretanto, que não vimos aqui fazer um estudo detalhado, e já o dissemos acima, de Anatomia descriptiva, quer sobre o pelvis, suas partes molles ou a cabeça fetal, por isso que desprezamos o estudo particular de cada uma das peças de que se compõem estas porções do esqueleto, para fazermos antes um estudo synthetico do que temos por mais necessario. Em um *Terceiro Capitulo,* estudaremos a accommodação da cabeça do feto desde o estreito superior até a sua sahida na vulva, isto é, todos os phenomenos mechanicos que se

realizam durante este percurso. Por fim, diremos algumas linhas sobre os phenomenos plasticos, com as quaes concluiremos o nosso pobre trabalho, fazendo um *Quarto e ultimo Capitulo.*

CAPITULO I

BACIA OU PELVIS

BACIA OSSEA.—Sob o nome de bacia designa-se a porção do esqueleto formada anterior e lateralmente pelos dois ossos coxaes e posteriormente pelo sacro, coccyx e algum tanto ainda pelos ossos coxaes.

SITUAÇÃO.—A bacia constitue a parte extrema inferior do tronco e corresponde mais ou menos, no individuo adulto, á parte media do corpo; supporta para traz a columna vertebral e por sua vez descança sobre os dois femures, cujas cabeças se articulam com as cavidades cotyloides.

Conformação geral.—Em seu conjuncto a bacia apresenta a fórma de um cone truncado, de base superior, largamente chanfrada em sua parte anterior e cume inferior. Apresenta a estudar uma superficie exterior, uma superficie interior, e duas aberturas, uma superior, outra inferior.

A superficie exterior, divide-se em quatro regiões que se distinguem em anterior, posterior e lateraes.

1.° *Região anterior.*—A região anterior ou, melhor ainda, antero-inferior é um pouco inclinada de cima para baixo e de deante para traz; apresenta-nos a considerar a symphise, que occupa o plano sagittal e tem em media 45 millimetros, de cada lado o corpo do pubis com seus ramos horizontal e descendente, o ramo ascendente do ischion e o buraco obturador.

2.° *Região posterior.*—A região posterior, que merece melhor a denominação de postero-superior, é muito convexa e constituida em grande parte pelo sacro. Ahi encontramos este osso, a symphise sacro-iliaca e o bordo posterior do osso coxal; de cima para baixo vamos notar as duas espinhas iliacas posteriores, a grande chanfradura sciatica, a espinha sciatica, a pequena chanfradura sciatica e o ischion.

3.° *Regiões lateraes.*—As regiões lateraes muito extensas, muito irregulares e obliquas, superiormente olham para traz, para fóra e algum tanto para baixo; inferiormente para deante, para fóra e para baixo. Ahi vamos achar de cima para baixo, a fossa iliaca externa, a cavidade cotyloide e a tuberosidade ischiatica. Na parte postero-inferior encontramos a chanfradura sacro-sciatica.

SUPERFICIE INTERIOR.—Esta superficie ou melhor a cavidade pelvia é dividida por uma linha que, partindo da base do sacro, vai terminar-se na symphise pubiana em duas cavidades secundarias: uma superior, a maior, é a *grande bacia;* outra, inferior, a menor, é a *pequena bacia.* A linha divisoria de um lado se reunindo á do outro, constitue o *estreito superior da bacia.*

Estreito superior.—Este estrangulamento divisorio, como podemos chamal-o, representa approximadamente a fórma de um coração de cartas de jogar; é constituido para traz pelo angulo sacro-vertebral, ou *promontorio dos parteiros,* e de cada lado deste pelo bordo anterior das azas do sacro; o promontorio faz uma saliencia eminente na area do estreito; para deante pela espinha do pubis e o bordo superior da symphise; aos

lados pela linha innominada e pela crista pectineal. O estreito superior nos apresenta 5 diametros, a saber: 1° o *diametro antero-posterior* ou *sacro-supra-pubiano*, que vai da parte superior da symphise pubiana ao angulo sacro-vertebral e mede 11 centimetros; é tambem chamado *diametro conjugado anatomico, diametro promonto-supra- pubiano;* 2°, outro diametro antero-posterior ainda, o *diametro promonto-pubiano minimum,* ou *conjugado verdadeiro obstetrico, diametro util de Pinard*, representa a menor distancia que separa a symphise do promontorio; este diametro parte de um ponto posterior da symphise pubiana–o *ponto post-pubiano de Crouzat,* o ponto mais culminante que se encontra para traz, na convexidade da symphise e vai ao promontorio; mede dez centimetros e meio; 3°, um diametro transverso, que representa a maior distancia transversal do estreito; é o *diametro transverso maximo* que mede 13 1/2 centimetros; ha ainda outro diametro, o *diametro transverso util dos parteiros,* que mede 128 millimetros; o primeiro cruza o *sacro-pubiano* na união dos seus dois terços anteriores com seu terço posterior; o segundo se acha situado a egual distancia do sacro e do pubis; 4° e 5° dois diametros obliquos que se estendem

da symphise sacro-iliaca de um lado á eminencia ilio-pectinea do lado opposto; mede 13 centimetros cada um (Verneau).

O estudo de todos estes diametros são de muita utilidade para o parteiro quando tivermos de descrever os diversos tempos do parto e as relações da cabeça fetal.

GRANDE BACIA. — Formada essencialmente pelas fossas iliacas internas e pelas azas do sacro, a grande bacia nos offerece a considerar duas chanfraduras: a chanfradura antero-inferior, de grandes dimensões, é fechada pela parte inferior da parede abdominal; a chanfradura postero-superior, muito menor, é occupada em grande parte pela columna lombar.

PEQUENA BACIA.—A pequena bacia, que nos interessa mais directamente, pois que ahi se vão passar phenomenos da maior importancia para o parteiro, chamada tambem *excavação pelvia,* nos offerece a considerar quatro paredes, que se destinguem em antero-inferior, postero-superior e lateraes.

A *parede antero-inferior,* inclinada para baixo e para traz, fórma com a vertical um angulo de 60°. mais ou menos; sua altura é de 45 milli-

metros, approximadamente, na linha mediana; aos lados dão-lhe em geral 9 centimetros; na linha mediana é constituida pela symphise do pubis, lateralmente pelo corpo do ramo horizontal desta mesma parte e por uma porção do buraco ischio-pubiano, que é obturado, no estado fresco, pela membrana obturadora e os musculos obturadores interno e externo; a *parede postero-superior*, muito mais extensa que a anterior, mede de 12 a 15 centimetros; é constituida pelos dois ossos sacro-coccygianos e apresenta uma fórma abobadada que olha para baixo e para deante; as paredes lateraes são inclinadas de cima para baixo e de fóra para dentro; são duas superficies mais ou menos quadradas situadas no eixo da cavidade cotyloide.

A *pequena bacia* é, pelo que fica descripto, um pouco mais larga superiormente que em sua parte inferior.

LIMITES.—A *pequena bacia* é limitada para cima pelo *estreito superior*, que a separa da *grande bacia;* para baixo pela circumferencia inferior que toma o nome de *estreito inferior*.

CIRCUMFERENCIA SUPERIOR.—A circumferencia superior ou base da bacia olha obliquamente

para cima e para deante; para traz é fórmada pela articulação sacro-vertebral e pelo bordo posterior das azas do sacro; aos lados pela crista iliaca, para deante pelo bordo anterior do osso coxal, no qual achamos de fóra para dentro: *a)* a espinha iliaca antero-superior, *b)* uma chanfradura que não recebeu denominação alguma, *c)* a espinha iliaca antero-inferior, *d)* a eminencia ilio-pectinea, *e)* a superficie pectineal, *f)* a espinha do pubis, e *g)* a symphise pubiana. *A circumferencia superior* ou *base* apresenta os seguintes diametros transversaes, tomando-se por base uma mulher adulta e bem constituida: 1.° o diametro que vae da espinha iliaca antero-superior de um lado á homologa do lado opposto e mede 25 centimetros *(diametro bis-iliaco superior;)* 2.° o que separa as duas espinhas iliacas antero-inferiores, o qual mede 20 centimetros *(diametro bis-iliaco inferior;)* 3.° o diametro transversal maximo que vae de uma crista iliaca á outra e mede 29 centimetros.

Circumferencia inferior.—A *circumferencia inferior da bacia,* conhecida tambem pelas denominações de *estreito inferior, estreito perineal, pequeno estreito,* é constituida para deante pela parte inferior da symphise pubiana, para traz pela

extremidade inferior do coccyx; aos lados pelos ischions, que estão ligados á symphise pelos ramos ischio-pubianos e ao coccyx pelo grande ligamento sacro-sciatico. O contorno do *estreito inferior* em vez de ser inteiramente de natureza ossea, como o do *estreito superior*, é constituido em sua porção postero-lateral por um simples ligamento. Este estreito, fechado por diversos planos musculo-membranosos, constitue o que se chama o *perineu*, cuja descripção encontraremos adeante.

Diametros.—Consideram-se em geral 4 diametros no *estreito inferior*, a saber: 1.º o diametro antero-posterior ou coccyx-sub-pubiano, que vae da ponta do coccyx á parte mais baixa da symphise pubiana, o seu comprimento é de 9 centimetros no estado estatico; no estado dynamico, porém, durante a passagem da cabeça fetal, este diametro cresce consideravelmente: 1.º devido ao movimento de nutação do sacro, 2.º pela retrocessão do coccyx e póde nestas condições attingir 125 millimetros; ficam exceptuados os casos de ankyloses sacro-coccygianas e intercoccygianas em que o diametro fica mais ou menos invariavel; 2.º o diametro transversal ou bi-ischiatico que se estende da face interna de uma das tuberosidades

ischiaticas á face interna da tuberosidade ischiatica do lado opposto; o seu comprimento é de 12 centimetros e meio mais ou menos; 3.° e 4.° os dois diametros obliquos que vão do meio de um ligamento sacro-sciatico ao meio do ramo ischio-pubiano do lado opposto e mede cada um 12 centimetros. Como se vê, estes dois diametros são susceptiveis de augmentar pelo facto da repulsão dos ligamentos sacro-sciaticos.

Inclinação e eixos da bacia.—A posição da bacia podemos determinar por meio de dois planos tangentes que passam—o primeiro por uma linha que vae do bordo superior da symphise pubiana ao promontorio, o segundo por uma linha que vae do bordo inferior da symphise á ponta do coccyx; o primeiro plano forma com a horisontal um angulo de 60°; é inclinado de cima para baixo e de detraz para deante; o segundo forma apenas um angulo de 10° no estado estatico, apresenta uma obliquidade da mesma direcção que o primeiro, posto que muito menos pronunciada.

Prolongando-se estes dois planos para deante do pubis, a linha de intersecção forma um angulo de 50°.

Do que fica dicto deduz-se que a bacia está fortemente inclinada sobre a columna vertebral e esta inclinação é tal que na mulher adulta a primeira peça do sacro forma com a columna lombar um angulo de 110° mais ou menos, ou, segundo G. Devy, Spiegelberg, a distancia que vai da horisontal supra-pubiana ao promontorio é de $9^1/_2$ centimetros; da horisontal sub-pubiana ao mesmo ponto 11,75 centimetros; d'esta mesma horisontal á ponta do coccyx 1,56 centimetros no estatico. Esta altura não vai além de 12 millimetros quando o coccyx está em retrocessão, durante o trabalho do parto.

Os eixos dos estreitos superior e inferior são representados por duas linhas que cahem perpendicularmente no meio dos dois planos precitados—o supra e o sub-pubiano.

O *eixo do estreito superior* é fortemente obliquo de cima para baixo e de deante para traz; o *eixo do estreito inferior* apresenta apenas uma ligeira obliquidade. Se prolongarmos para cima o primeiro eixo atravessamos a parede abdominal na região umbilical; o prolongamento do segundo na mesma direcção alcançaria a primeira vertebra sacra, um pouco abaixo do promontorio; para baixo o primeiro eixo cahiria um pouco adeante

do coccyx; o segundo atravessaria as partes molles do perineu um pouco adeante do anus. O eixo baixado do meio do *diametro promonto-pubiano minimo* penetraria o coccyx na união do seu terço medio com o seu terço inferior.

Denomina-se *eixo da excavação* uma linha ficticia que passando pelo centro dos estreitos superior e inferior fica sempre equidistante das partes lateraes da pequena bacia.

Esta linha, vista a configuração interna do pequeno pelvis, não póde deixar de ser uma linha curva cuja concavidade abraça o pubis e cuja convexidade é parallela á curvatura do sacro; representa a trajectoria que descreve o feto em sua marcha triumphal atravéz desta região.

Dadas estas noções, podemos notar que a excavação da bacia apresenta duas direcções importantes de conhecermos: no sentido lateral vemos que ella vai se estreitando de cima para baixo e no sentido antero-posterior de baixo para cima.

Charpentier resume no quadro infra os diversos diametros da bacia, apresentando algumas differenças com relação á nossa descripção e tornando extensivos os diametros tomados na excavação, que temos omittido.

GRANDE BACIA

Diametro bis-iliaco	24	centimetros
» entre as cristas iliacas	27	»

CONTORNO

Diametro promonto-supra-pubiano	11	centimetros
Diametros obliquos	12	»
» transversos . . .	13 1/2	»
Diametro promonto-sub-pubiano	12 1/2	»
Diametro promonto-post-pubiano	10 1/2	»

EXCAVAÇÃO

Diametro antero-posterior . .	12	centimetros
» transverso	12	»
» bi-ischiatico . . .	10 1/2	»
Diametros obliquos	12	»

ESTREITO INFERIOR

Diametro antero-posterior. .	8 a 9	centims.
» transverso	11	»
Diametros obliquos	11	»

ARTICULAÇÃO DOS OSSOS DA BACIA.—Os dois ossos coxaes se articulam cada um posteriormente com as porções lateraes do sacro, constituindo a *articulação sacro-iliaca;* anteriormente, na linha mediana, se articulam entre si, constituindo a *symphise pubiana.*

Estes dois ossos são, além disso, reunidos por ligamentos dictos á distancia, que concorrem para fechar as partes postero-lateraes da excavação: são o *ligamento-ilio-lombar* e os *ligamentos sacro-sciaticos.* Accrescentemos a este apparelho ligamentoso uma lamina fibrosa que no estado fresco enche o buraco obturador, a qual recebeu a denominação de *membrana obturadora.*

Articulação sacro-iliaca.—A articulação sacro-iliaca, pertencendo por um lado ás verdadeiras symphises, visto a sua pouca mobilidade, é uma amphiarthrose; como por outro lado pertence tambem ás diarthroses, em virtude da cavidade que apresenta o seu centro, chamal-a-emos, pois, uma diarthro-amphiarthrose.

Suas superficies articulares são representadas de um lado, do lado do sacro, pela faceta auricular desse osso; do lado do osso coxal pela faceta analoga—a faceta auricular do osso coxal. Estas duas facetas se juxtapõem, constituindo

uma verdadeira engrenagem. Ambas as superficies articulares são cobertas, no estado fresco, por uma camada de cartilagem hyalina, a qual é revestida, por sua vez, por uma lamina de fibro-cartilagem.

A camada cartilaginosa do osso coxal é muito delgada, medindo apenas 4 a 5 decimos de millimetro; a da faceta auricular do sacro, muito superior, mede 1 a 1 ½ millimetro de espessura.

Meios de união.—As duas peças que formam esta articulação são mantidas por uma capsula de natureza fibrosa que se insere no contorno das superficies auriculares.

Aliás muito curta, como em toda a articulação deste genero, esta capsula é reforçada para deante e para traz por numerosos feixes fibrosos, constituindo dois ligamentos: *o ligamento sacro-iliaco anterior* e *o ligamento sacro-iliaco posterior;* a estes juntemos ainda um terceiro ligamento, que se estende do osso iliaco á parte inferior da columna lombar.

Movimentos.—A articulação sacro-iliaca, sob as condições anatomo-physiologicas ordinarias, isto é, em uma bacia normal, de symphise pubiana perfeita, gosa de dois movimentos: o *mo-*

vimento de nutação e o *movimento de contra-nutação;* o primeiro consiste em um movimento de bascula, em virtude do qual a base do sacro se dirige para baixo, emquanto que a sua ponta se dirige para cima; o segundo, a *contra-nutação,* consiste na elevação da base do sacro e o abaixamento da ponta; estes movimentos são executados em torno de um eixo transversal; muito uteis para o parteiro porquanto são susceptiveis de modificar os diametros antero-posteriores da excavação pelvia: é assim que o *movimento de nutação,* approximando o promontorio da symphise pubiana e afastando ao mesmo tempo desta a ponta do coccyx, diminue o diametro antero-posterior do estreito superior, augmentando o homonymo do estreito inferior.

Na *contra-nutação* dá-se naturalmente o inverso.

Estes movimentos são no entretanto minimos: a approximação do promontorio da symphise, admitte-se que não exceda de 2 millimetros; a contra-nutação, porém, attinge de 4 a 5 millimetros; na mulher gravida e particularmente na parturiente estas modificações são muito mais pronunciadas.

Symphise pubiana.— Os dois ossos coxaes

se articulando entre si, na linha mediana, pela parte interna do corpo do pubis, constituem a articulação inter-pubiana, pertence ao genero das amphiarthroses ou diarthroses. As superficies articulares são representadas por duas facetas rugosas, cobertas, no estado fresco, por uma camada de cartilagem hyalina que póde attingir, no adulto, uma espessura de 2 millimetros e mais.

Meios de união.—Os dois pubis são reunidos: 1.° por meio de uma fibro-cartilagem inter-articular, 2.° por ligamentos periphericos.

A fibro-cartilagem tambem, chamada *ligamento inter-osseo,* mede em comprido a mesma altura que as superficies articulares, isto é, 30 a 35 millimetros; sua largura no nivel da base é de 3 centimetros mais ou menos.

Ligamentos periphericos.—Os ligamentos periphericos são em numero de quatro, que se distinguem em anterior, posterior, superior e inferior; estes quatros ligamentos envolvem a symphise em fórma de um manguito, no contorno das facetas articulares.

O ligamento anterior muito resistente, mede 5 a 6 millimetros de espessura; seus feixes tendinosos fórmam deante da symphise uma trama

muitissimo soldada, reforçada ainda por outras fibras vindas dos corpos cavernosos e do musculo ischio-cavernoso; este ligamento é antes antero-inferior.

O ligamento posterior ou, melhor, *postero-superior* é muito mais delgado que o precedente, apresenta em sua parte superior um certo numero de fibras que se entrecruzam obliquamente na linha mediana, no nivel deste encruzamento vamos achar uma saliencia formada pelo rebordo das facetas pubianas e a fibro-cartilagem; essa saliencia podemos sentil-a pelo toque vaginal.

O ligamento superior se estende horizontalmente de um pubis a outro passando sobre a interlinha articular.

O ligamento inferior, ligamento sub-pubiano ou ligamento triangular é muito resistente, tendo de altura dez a doze millimetros em sua parte media, representa como uma especie de prolongamento da symphise; seu bordo inferior, concavo, annulla o angulo de reunião dos dois pubis e constitue o que chamamos á *arcada pubiana*, ao redor da qual escorrega a cabeça do feto no acto de seu desprendimento do annel vulvar.

A arcada pubiana é bastante larga especial-

mente na mulher, que mais nos interessa aqui; o arco que a subtende mede 30 a 35 millimetros.

Ligamentos sacro-sciaticos.—Os ligamentos sacro-sciaticos são largas laminas fibrosas, situadas nas partes postero-lateraes da excavação pelvia. Em numero de quatro, estes ligamentos se distinguem em grandes e pequenos ligamentos sacro-sciaticos, sendo um grande e um pequeno para cada lado da excavação.

Os grandes ligamentos sacro-sciaticos tomam nascimento nas duas espinhas iliacas posteriores, um pouco nos confins da fossa iliaca externa, no bordo da columna sacro-coccygiana e na terceira vertebra sacra até a parte media do coccyx e vem terminar-se na tuberosidade ischiatica. Este ligamento apresenta a fórma de duas porções triangulares, de bases differentes, reunindo-se pelos seus vertices truncados, correspondendo a maior base ao seu ponto de origem.

O pequeno ligamento sacro-sciatico, coberto pelo precedente e muito menor que este, nasce no bordo correspondente do sacro e do coccyx e d'ahi as suas fibras se dirigem para deante e vêm ligar-se á espinha sciatica.

O ligamento ilio-lombar, pequeno ligamento situado na parte posterior e superior da grande

bacia é que fecha a excavação no angulo deixado pelo afastamento entre a columna lombar e a crista iliaca; suas fibras se ligam de um lado na apophyse transversa da 5.ª vertebra lombar, do outro na crista e tuberosidade iliaca.

Membrana obturadora.--De passagem diremos que ainda concorre para fechar a excavação pelvia uma membrana resistente que fecha quasi toda a circumferencia do buraco obturador e que recebeu a denominação de *membrana obturadora.*

REGIÃO PERINEAL.--A região perineal é constituida por um diaphragma musculo-aponevrotico, ao qual atravessam tres orgãos, cujo estudo deixamos de fazer por não-no comportarem os limites deste trabalho; são de detraz para deante: o anus, a vulva e a urethra (a origem deste orgão). Tambem os parteiros dividem a região perineal em duas sub-regiões: uma que vae da ponta do coccyx ao anus,--é o *perineu posterior, perineu ano-coccygiano;* outra que vae do anus á commissura posterior da vulva, *perineu anterior, perineu ano-vulvar;* perineu verdadeiramente obstetrico e é o que mais nos interessa.

Pela sua elasticidade o perineu goza de um papel saliente no mechanismo do parto. Duas partes completamente distinctas se podem veri-

ficar nesta região uma aponevrotica, formando lojas distinctas; outra de natureza muscular, enchendo estas diversas lojas com vasos e nervos importantes.

Aponevrose pelvia superior.--A primeira aponevrose que encontramos, indo de dentro para fóra é a *aponevrose pelvia superior;* para traz ella vai se inserir na face anterior do sacro e do coccyx para dentro dos buracos sacros e para deante na face interna do corpo do pubis, perto da symphise; para deante ella se confunde com a aponevrose abdominal, lateralmente com a do musculo iliaco, para traz com a aponevrose lombo-iliaca; para baixo cobre todo o pavimento da bacia como uma especie de diaphragma inferior. No nivel do bordo superior do grande buraco sciatico, ella se desdobra em duas folhas, que, se reflectindo em angulo quasi recto, contribuem para reforçar o septo transversal formado pelos ligamentos largos.

Este plano fibroso é perfurado pela urethra, o fundo da bexiga, a vagina, o recto, a cujas paredes adhere intimamente, servindo de apparelho de suspensão para estes conductos. A ruptura e a perda de elasticidade deste diaphragma, em consequencia de prenhezes multiplas, póde trazer

o prolapso dos orgãos citados. A porção parietal cobre o sacro, o coccyx, os ramos anteriores dos nervos sacros, o musculo pyramidal, a parte superior do obturador, e, finalmente, a metade superior do corpo e symphise do pubis. A aponevrose que nos occupa, cobre ao mesmo tempo o estreito perineal e a excavação; ella não é, pois, exclusivamente, uma aponevrose perineal; é uma aponevrose pelvia.

As aponevroses verdadeiramente perineaes são em numero de trez; profunda, media e anterior ou superficial.

Aponevrose perineal profunda.--Esta aponevrose insere-se superiormente no bordo inferior do ligamento triangular, lateralmente na face interna dos ramos ischio-pubianos e na face interna das tuberosidades sciaticas.

Atravessada pela urethra e a vagina, adhere a este ultimo orgão por detraz do bolbo e do musculo constrictor da vagina; o seu bordo posterior, no nivel da linha bi-ischiatica se curva de cima para baixo e de deante para traz para reunir-se aos das outras duas aponevroses perineaes.

Aponevrose media.--Fixa-se na parte anterior do pubis por detraz do clitoris, depois no labio interno dos ramos ischio-pubianos. Atravessada

pela urethra e a vagina, desdobra-se e envolve este conducto, fixa-se em seu contorno e envolve o bolbo e o constrictor da vagina.

Seu bordo posterior se confunde com o bordo posterior da aponevrose profunda.

Aponevrose superficial.--Superiormente esta aponevrose insere-se no corpo do pubis, cobrindo a raiz do clitoris, e vae-se confundir com a aponevrose abdominal; lateralmente, no labio externo dos ramos ischio-pubianos, desdobrando-se ahi para envolver os musculos ischio-cavernosos e as raizes do clitoris. Para traz vai-se confundir, pelo seu bordo posterior, com os bordos das aponevroses media e profunda. Essa aponevrose, como a precedente, é atravessada tambem pela urethra e a vagina; seus bordos penetram na espessura dos grandes labios e se inserem na face profunda da pelle destes.

Acima desta aponevrose encontramos a pelle, precedida de uma camada de tecido cellulo-gorduroso, e atravessada pelas aberturas anal, vaginal e urethral.

MUSCULOS DO PERINEU.—Os musculos do perineu são em numero de 9, a saber:

1.º Transverso do perineu.—Este musculo nasce na face interna da tuberosidade ischiatica, d'ahi as

suas fibras se dirigem para dentro e vão terminar-se na trama fibrosa que se estende do anus á commissura posterior da vulva, isto é, no raphe *ano-vulvar*, e de accordo com o seu homonymo do lado opposto distende esta trama fibrosa.

2.º *Ischio-cavernoso.*—Para traz este musculo se insere sobre o ischion e o ramo ischio-pubiano que segue. D'ahi dirige-se obliquamente para deante e para dentro, envolve a raiz do corpo cavernoso e vem terminar-se sobre o clitoris. E' um abaixador deste orgão.

3.º *Bulbo-cavernoso.*—Toma nascimento no raphe *ano-vulvar* e d'ahi se dirige para deante, cobrindo successivamente a glandula de Bartholin e o bolbo da urethra e vai terminar-se no clitoris; reunido ao lado opposto, constitue um musculo de fórma annular que abraça a extremidade inferior da vagina: é o musculo constrictor da vagina. E' a contracção espasmodica deste pequeno musculo que constitue o *vaginismo inferior.*

4.º *Musculo de Guthrie.*—E' um pequeno musculo inconstante que nasce nos ramos ischio-pubianos e d'ahi toma uma direcção ligeiramente obliqua, indo terminar-se nas partes posterior e lateraes da vagina e para deante da urethra.

5.º Musculo de Wilson.—Este pequeno musculo toma nascimento de uma parte no ligamento sub-pubiano, d'outra parte sobre as fibras que cercam o plexo de Santorini e d'ahi as suas fibras se dirigem para a urethra e vão se entrecruzar com as homologas do lado opposto.

6.º Sphincter externo da urethra.—Este musculo se estende do collo vesical ao meato urinario; superiormente, envolve toda a porção livre da urethra, tomando uma fórma annular; inferiormente, por causa da presença da vagina, toma a fórma semi-lunar.

7.º Sphincter externo do anus.—E' um pequeno musculo disposto em fórma de annel ao redor da parte inferior do recto; as suas fibras partem do raphe ano-coccygiano e vão terminar-se no raphe ano-bulbar.

8.º Ischio-coccygiano.—Pequeno musculo achatado, triangular, situado para traz do *levantador*, do qual parece uma dependencia; toma nascimento na espinha sciatica, no pequeno ligamento sacro-sciatico e sobre a aponevrose do obturador interno e d'estes pontos se dirige para o coccyx.

9.º Levantador do anus.—Musculo delgado, achatado e muito largo, se estende da parede antero-lateral da bacia á região anal.

Admittiremos, com Holl e Lesshaft dous planos de fibras a este musculo, uma porção externa e uma porção interna.

A porção externa, a mais consideravel, toma nascimento nos ramos descendente e horizontal do pubis, na face interna da espinha sciatica e no *arcus tendineus;* d'ahi todos os seus feixes se dirigem para traz do recto, cruzando perpendicularmente as partes lateraes da vagina, tomando solidas adherencias com este orgão e se fixam no nivel do raphe ano-coccygiano, com os do lado opposto, formando angulos tanto mais agudos quanto mais se approximam do coccyx.

A porção interna costêa o bordo interno da precedente, toma tambem nascimento nos ramos descendente e horizontal do pubis, d'ahi se dirige para traz e para deante e vai terminar-se deante do recto, as fibras internas se entrecruzando na linha mediana e as externas ganhando as faces lateraes do recto.

Resulta de uma egual disposição que a vagina está contida em uma especie de abotoadura muscular que a cerca em todo o seu contorno, excepto para deante, onde os feixes ficam separados por um pequeno intervallo.

D'ahi deve-se concluir que quando os levan-

tadores se contrahem a vagina se acha comprimida lateralmente, emquanto que a sua parede posterior se acha approximada da symphise pubiana. E' a este musculo que se attribue o *vaginismo superior.*

Se no acto da contracção do levantador, o conducto vaginal é distendido por um corpo qualquer, este corpo é necessariamente comprimido em todo o seu contorno.

Budin, tendo introduzido em uma vagina cylindros de cêra, ordenou o individuo em experiencia a contrahir os seus levantadores e observou que cada cylindro apresentava um estrangulamento, produzido pela constricção muscular.

Observou mais que o maior diametro do cylindro, que era de 37 millimetros, se achava reduzido a 26, emquanto que o menor, o transverso, soffrera apenas uma pequena reducção.

D'ahi concluiu elle que a compressão produzida pela vagina se exercia no sentido antero-posterior.

CAPITULO II

CABEÇA E DIAMETROS FETAES

CABEÇA.—A cabeça do feto tem a fórma de um ovoide de grossa extremidade dirigida para traz. Compõe-se de duas partes: *face* e *craneo*. A face tem 14 ossos que são: maxillar inferior, vomer, maxillar superior, palatinos, unguis, osso proprio do nariz, corneta inferior e osso malar. O craneo tem 8 ossos, a saber: o frontal, o occipital, o sphenoide, o ethmoide, os parietaes e os temporaes. O craneo se divide em duas partes:—abobada e base.

Na base encontramos: a parte basilar do occipital, o sphenoide o ethmoide e a apophyse petrea dos temporaes.

A abobada craneana de um feto a termo apresenta a seguinte constituição: para deante o frontal, para traz o occipital, entre estes dois, superior e lateralmente, os parietaes, inferior e lateralmente os temporaes. Estes ossos estão ligados entre si de modo a constituirem no adulto uma solida engrenagem; no feto, porém, esta união ainda não se estabeleceu, como veremos.

Na linha mediana a abobada nos apresenta a sutura medio-frontal, que desapparece no adulto; depois a sutura bi-parietal ou sagittal com o buraco parietal, em summa o vertice do occipital, isto é, da escama do occipital.

De passagem cumpre-nos observar que o occipital e os temporaes ainda não são completamente ossificados, por isso se apresentam no estado de escamas.

Aos lados da abobada notamos tres saliencias que são, de deante para traz: a *bossa frontal,* a *bossa parietal* e a *bossa occipital.*

Entre estas saliencias vamos achar duas suturas: a *sutura fronto-parietal* ou *coronal*, que reune o frontal ao bordo anterior do parietal; a *sutura occipito-parietal* ou *lambdoide*, que reune o bordo posterior do parietal ao bordo anterior do occipital.

Como, porém, a ossificação no estado fetal, ainda não é completa, e esta começa do meio do osso para a circumferencia, resulta que os angulos das diversas peças craneanas ainda não foram invadidos pela substancia ossea.

Visto isso as regiões para as quaes convergem estes angulos persistem ainda no estado de membrana fibrosa. Estes espaços ainda não ossificados, molles e deprimiveis receberem o nome de—fontanellas.

Normalmente as fontanellas são em numero de seis: duas medianas e quatro lateraes, sendo duas de cada lado.

As *fontanellas medianas*, se distinguem em anterior e posterior.

A *fontanella anterior*, que é a maior, acha-se na união do frontal com os dois parietaes, em um ponto conhecido sob o nome de *bregma*; d'ahi ella chamar-se *grande fontanella* ou *fontanella bregmatica*. Esta fontanella tem a fórma de um losango de bordos curvilineos e reintrantes, sendo o seu eixo anterior o maior e o seu angulo anterior muito agudo.

A *fontanella posterior, pequena fontanella* ou *fontanella lambdatica*, de sua semelhança com a letra grega *lambda*, está situada no ponto de

convergencia dos dois parietaes e do occipital; é um pequeno espaço apresentando a fórma triangular, mal percebido na occasião do nascimento.

As *fontanellas lateraes*, menos importantes, não apresentam grande interesse para os nossos estudos, em numero de duas, uma anterior e outra posterior: a primeira recebeu a denominação de *fontanella pterica*, a posterior a de *fontanella asterica*.

Outras fontanellas têm sido descriptas, taes a *fontanella saggital* ou *fontanella de Gerdy*, a *fontanella naso-frontal* e a *fontanella cerebellosa*, mas que tambem não devem nos occupar.

Diametros.—Os diversos diametros craneanos num feto a termo se podem dividir em trez grupos, a saber: diametros longitudinaes ou antero-posteriores, diametros transversaes e diametros verticaes.

Diametros antero-posteriores.—São em numero de cinco; o *occipito-mentoniano*, que vai do angulo superior do occipital ao mento e mede 13 centimetros; 2.° o *occipito-frontal*, que vai do angulo superior do occipital á raiz do nariz e mede 11 1/2 centimetros; 3.° o *sub-occipito-*

bregmatico, que vai do bregma ou centro da fontanella anterior ao ponto sub-occipital ou angulo de reunião da escama occipital com a nuca e mede 10 centimetros; 4.° o *sub-occipito-frontal*, que se estende deste ponto sub-occipital à parte mais saliente do frontal e mede 11 centimetros; 5.° o *supra-occipito-mentoniano (maximo de Budin)* que, partindo do mento, vai terminar-se na sutura sagittal, em um ponto variavel conforme os individuos e mede 13 1/2 centimetros.

Diametros transversaes.—Em numero de dois, são: 1.° o *bi-parietal* ou *transverso maximo posterior* que se estende de uma bossa parietal a outra e mede 9 1/2 centimetros; 2.° o *bi-temporal* ou *transverso minimo anterior* que se estende do principio da sutura fronto-parietal de um lado ao ponto homologo do lado opposto e mede apenas 8 centimetros.

Diametros verticaes.—Egualmente em numero de dois, são: 1.° o *fronto-mentoniano*, que vai da ponta do mento ao ponto mais elevado da fronte; 2.° o *sub-mento-bregmatico*, ou *tracheo-bregmatico*, que, partindo do centro da fontanella anterior ou bregmatica, vem terminar-se no ponto

de juncção do pescoço com a região sub-men-toniana: o primeiro mede 8 centimetros, o segundo 9 1/2.

São, pois, estes os diametros craneanos fetaes mais importantes para os estudos que se vão seguir.

Diametros do tronco.—Os diametros do tronco mais uteis de conhecermos, são: 1.º o *bis-acromial* que vai de um acromio a outro; este diametro mede 12 centimetros, mas é susceptivel de reduzir-se pela compressão a 9 1/2; 2.º o *diametro sterno-dorsal* que tem 9 1/2 centimetros e vai do sterno á columna vertebral.

Diametros pelvios.—Salientemos, 1.º o *diametro bis-iliaco,* que vai de uma crista iliaca a outra, 2.º o *pubio-sacro*, que vai da face anterior do pubis á crista sacra; o 1.º tem 8 centimetros o 2.º mede apenas 5 1/2; 3.º o *diametro bitrochanteriano* que se estende de um trochanter a outro e mede 9 centimetros.

O seguinte resumo, tirado a Tarnier, nos mostra de vez a medida dos diversos diametros fetaes:

CABEÇA

Diametro maximo	. . . . . .	13 1/2	centims.
»	occipito-mentoniano .	13	»
»	occipito-frontal . . .	12	»
»	sub-occipito-bregematico	9 1/2	»
Diametro bi-parietal	. . . .	9 1/2	»
»	bi-temporal. . . .	8	»
»	bi-mastoideu . . .	7 1/2	»

TRONCO

Diametro bis-acromial.	. . . .	12	centims.
»	sterno-dorsal . . .	9 1/2	»

PELVIS

Diametro bis-iliaco.	. . . . .	8	»
»	pubio-sacro	5 1/2	»
»	bi-trochanteriano . .	9	»

. . . .

. . . .

Terminando este capitulo chamamos a attenção para as duas circumferencias da cabeça, isto é, a grande circumferencia subtendida pelo maior diametro, o *diametro maximo*, a qual mede 38 centimetros e a pequena circumferencia, subtendida pelo *sub-occipito-bregmatico,* a qual é de 33 centimetros.

CAPITULO III

MECHANISMO DO PARTO

Eis-nos chegados á baila do nosso assumpto principal. Comecemos por definir o que se deve entender por mechanismo do parto. Todas as definições sendo mais ou menos identicas, convergindo mais ou menos para o mesmo fim, repitamos as palavras de Tarnier: «Mechanismo do parto é o conjuncto dos movimentos impressos ao feto pelas contracções uterinas e abdominaes, durante a sua passagem atravez do canal pelvio-genital.»

Os differentes movimentos que padece o feto constituem os *tempos do parto*. Muitos parteiros os têm dividido em 3, outros em 5, etc.;

achamos mais racional e methodica a divisão em 6 tempos; fal-o assim o nosso illustrado mestre o Dr. Climerio Cardoso de Oliveira; fal-o ainda do mesmo modo Tarnier; fal-o Charpentier; fazem-no muitos outros egualmente. Seguindo, pois, esta orientação, vejamos em que consistem estes tempos.

O 1.° tempo consiste na reducção de volume, flexão ou extensão exaggerada da cabeça, adaptação dos maiores diametros fetaes aos maiores diametros pelvios.

O 2.° tempo consiste no engajamento; a parte fetal, disposta nas condições do 1.° tempo, e continuando a agir as contracções uterinas, dadas todas as condições physiologicas do lado da bacia e do feto, engaja-se, desce—é o tempo de *descida*.

O 3.° tempo consiste na rotação interna; é uma consequencia ainda da adaptação do maior diametro fetal ao maior diametro pelvio.

O 4.° tempo é o desengajamento, consistindo em movimentos de extensão ou flexão.

O 5.° tempo está na rotação externa da parte desengajada e interna da parte engajada, indevidamente chamado tempo de *restituição*, como havemos de ver.

O 6.° tempo é a expulsão do resto do feto por um ligeiro movimento de espiral.

Deste ligeiro esboço fazemos a seguinte deducção: os 1.°, 3.° e 5.° tempos são movimentos de rotação; os 2.°, 4°. e 6.° são movimentos de descida.

Antes de entrarmos na explicação particular de cada um destes tempos, diremos o que seja uma *apresentação*, uma *posição fetal* etc.

Apresentação é a região do feto que se põe em relação com a area do estreito inferior, isto é, a parte que tende a descer em primeiro logar para a excavação pelvia; nestas condições nós temos que uma apresentação póde ser definitiva, se já se deu o engajamento; é, ao contrario, temporaria se a parte fetal que tem de descer ainda está em relação com a area do estreito superior; a transformação que póde sobrevir a uma apresentação desta ordem é o que chamamos *mutação*.

Se esta mutação se passa durante o trabalho, dá-se-lhe o nome de *versão espontanea*.

Segundo a definição que temos dado para a apresentação, devia-se concluir que toda a região fetal, indistinctamente seria capaz de tornar-se uma apresentação e era assim que pensava Bau-

delocque e os antigos parteiros. Mme. La Chapelle, porém, pôz termo a esta desorientação e é assim que para que haja uma apresentação é preciso que a parte a se engajar seja tão volumosa que encha mais ou menos o estreito superior.

Sob o nome de *posição* denomina-se o conjuncto das relações desta apresentação com partes diversas determinadas na bacia que se tomam como pontos de reparo. Os pontos de reparo podem ser fetaes ou pelvios.

Mme. La Chapelle mostrou que o feto se apresenta sempre pela extremidade cephalica, pela extremidade pelvia ou pelo tronco. Em qualquer relação tambem que esteja a parte fetal com a bacia, sempre se póde referir a um dos seguintes pontos: 1.° eminencia ilio-pectinea direita ou esquerda (extremidades anteriores dos diametros obliquos), 2.° symphise sacro-iliaca direita ou esquerda (extremidades posteriores dos diametros obliquos), 3.° o meio da linha innominada direita ou esquerda (extremidades direita ou esquerda do diametro transverso; 4.° o sacro, 5.° a symphise pubiana.

Pontos de reparo fetal.—A extremidade cephalica póde-se apresentar em flexão, o ponto

de reparo é a ponta do occiput (acima da pequena fontanella); temos uma *apresentação do vertice;* póde-se apresentar em extensão, o ponto de reparo é a fronte ou o mento; temos uma *apresentação da face.*

A extremidade pelvia póde se apresentar pelas nadegas (o feto é dobrado em forma de—U—os pés ficam na visinhança da cabeça) pelos joelhos ou pelos pés; em qualquer destes casos temos uma apresentação da extremidade pelvia dicta *incompleta;* quando, porém, as nadegas são acompanhadas dos membros inferiores, as pernas curvadas sobre as coxas, estas sobre o tronco, a apresentação da extremidade pelvia é dita *completa;* o ponto de reparo é a crista sacra.

O tronco póde-se apresentar pela espadua direita, temos uma *apresentação da espadua direita;* póde-se apresentar pela espadua esquerda, temos uma *apresentação da espadua esquerda;* em qualquer das das duas o ponto de reparo fetal é o *acromio.* Estas duas ultimas apresentações são dictas *transversaes;* as demais são *longitudinaes.* As posições se enunciam pospondo immediatamente á palavra que indica o ponto de reparo fetal o nome da região da bacia com que a apresentação está em relação; assim nós diremos, sendo dada uma apresentação do vertice

e uma das regiões da bacia que não seja o sacro ou a symphise pubiana—*occipito-iliaca;* seguida esta expressão do adjectivo correspondente ao lado da bacia (direito ou esquerdo) e da denominação da extremidade do diametro com que está em relação (anterior, posterior ou transverso); a expressão se mudará na seguinte: *occipito-iliaca (direita* ou *esquerda)—(anterior, posterior* ou *transversa).*

Em linguagem escripta as posições são representadas pelas iniciaes das palavras correspondentes. Posição occipito-iliaca-esquerda-anterior será—**OIEA**.

Estas diversas variedades de posição correspondem á descida da cabeça na excavação; são posições de engajamento.

As anteriores são tambem chamadas posições *obliquas*, mas normaes; as posições transversas são devidas aos vicios de conformação pelvia.

Ha ainda duas outras posições, chamadas posições directas, porque todas as outras têm de se transformar nestas; uma, na qual o ponto de reparo fetal corresponde á symphise pubiana, é para a apresentação do vertice *occipito-pubiana* **(OP)**; outra, em que o ponto de reparo fetal

corresponde ao sacro materno--é a *occipito-sacra* (OS).

O seguinte quadro, tirado a Tarnier e modificado por nós, nos dá uma noção exacta das diversas posições em que se póde encontrar o feto e o modo de representa-las em linguagem falada ou escripta:

Apresentações	Posições fundamentaes	Variedades
Vertice	Occipito-iliaca-esquerda	anterior (OIEA) transversa (OIET) posterior (OIEP)
	Occipito-iliaca-direita . . . :	anterior (OIDA) transversa (OIDT) posterior (OIDP)
Face.	Mento-iliaca-esquerda. . . .	anterior (MIEA) transversa (MIET) posterior (MIEP)
	Mento-iliaca-direita	anterior (MIDA) transversa(MIDT) posterior (MIDP)
Pelvis.	Sacro-iliaca-esquerda. . . .	anterior (SIEA) transversa (SIET) posterior (SIEP)
	Sacro-iliaca-direita	anterior (SIDA) transversa (SIDT) posterior (SIDP)

Apresentações	Posições fundamentaes	Variedades
Espadua direita . . .	Acromio-iliaca-esquerda. . . .	anterior (AIEA) transversa (AIET) posterior (AIEP)
	Acromio-iliaca-direita	anterior (AIDA) transversa (AIDT) posterior (AIDP)
Espadua esquerda. . .	Acromio-iliaca-esquerda. . . .	anterior (AIEA) transversa (AIET) posterior (AIEP)
	Acromio-iliaca-direita	anterior (AIDA) transversa (AIDT) posterior (AIDP)

Estas differentes apresentações não se observam commummente; num feto a termo, porém, as apresentações do vertice são a regra. Dubois em 2.020 partos a termo achou 1.913 do vertice. Mme. Boivin sobre 20.517 achou 19.810 do vertice.

Antes do 6.° mez sobre 165 fetos mortos Dubois e Scanzani acharam:

Extremidade cephalica . .	81
Nadegas e pés (pelvis) . .	80
Tronco	4
	165

Sobre 1.231 partos do 6.° ao 8.° mez Veit apresenta a seguinte estatistica.

Vertice . . .	898
Pelvis	243
Espadua . . .	50
	1191

A differença teria sido talvez da face.

As apresentações são mais frequentes na seguinte ordem:

Vertice
Pelvis
Face
Tronco

Das posições do vertice são mais frequentes as que correspondem ao *diametro obliquo esquerdo;* representam mais ou menos 90 °/. dos casos; a occipito-iliaca esquerda posterior é rara; a occipito-iliaca direita anterior é excepcional.

A frequencia, pois, varia na seguinte ordem, de accôrdo com os diversos autores.

O I E A 60 °/.
O I D P 30 °/.
O I E P 9 °/.
O I D A 1 °/.

Accommodação da cabeça.—Passando a uma nova ordem de estudos vamos vêr em que consistem os differentes movimentos e relações que occorrem no mechanismo do parto, desde o estreito superior, antes do engajamento, no momento em que a parte fetal tem de orientar-se, modificar-se para realizar o 2.° tempo do parto e tomemos por base uma apresentação do vertice, por ser aquella que nos póde fornecer maior contingente para elucidação geral das outras e por ser, sobretudo, a mais commummente encontrada.

1.° tempo. (Orientação, engajamento).—Qual a posição da cabeça fetal antes do engajamento? Como se passa este periodo preparatorio, este primeiro tempo do parto?

Vejamos o que diz o classicismo dos autores:

1.°—A cabeça se apresenta em posição direita ou esquerda e em variedade transversal, a fronte

e a face para um lado, o occipital para o outro, um ouvido contra o pubis, o outro contra o sacro.

2.·—A cabeça estaria em attitude indifferente, intermediaria entre a flexão e a extensão, de modo que pelo toque alcançariamos o bregma de preferencia á fontanella posterior.

3.·—A cabeça seria synclitica, como dizia Kunecke; a sutura sagittal seria equidistante do pubis e do promontorio, o eixo da cabeça se confundiria com o eixo da bacia.

4.·—O eixo do tronco e o da cabeça fetal se confundiriam entre si; o eixo do utero e o do feto se confundiriam com o eixo da bacia.

Ora, nestas condições agindo as contracções uterinas, porque a cabeça não está engajada?

Era esta a theoria do synclitismo que até 1865 dominava o espirito francez. Pois bem; nós vimos que ainda nestas condições a cabeça não está engajada e os sectarios desta doutrina se apressam em accrescentar que os diametros maximos uteis são os diametros obliquos e que a cabeça está em posição transversa.

Para que a cabeça se engaje torna-se necessario que se oriente de modo que o seu maior diametro antero-posterior, o occipito-frontal, se

ponha em relação com um dos diametros maximos da bacia—os diametros obliquos em posição anterior ou posterior.

Ainda assim a cabeça não está engajada; é preciso que soffra uma flexão exaggerada, de modo que o mento venha se tornar em contacto com o sterno, pois o diametro occipito-frontal tem 12 centimetros e não é sinão difficilmente que o diametro pelvio póde attingir este comprimento.

Realisada, porém, esta flexão exaggerada, este movimento de rotação Roederer, como se diz, não é mais o diametro occipito-frontal que se apresenta na area do estreito; é um diametro menor que vai solicitar passagem, é o sub-occipito-bregmatico, que mede apenas 9 1/2 centimetros e vem ficar em relação com o diametro transverso da bacia, soffrendo, pois, a cabeça uma reducção indirecta de volume, reducção equivalente a 2 1/2 centimetros, o que facilita e deixa realizar o engajamento.

Era sob o influxo destas idéas que exclamava Levret em 1766: «Aqui a orientação é completa: eixo cephalico, eixo uterino, eixo pelvio se coincidem e o feto está disposto a seguir a rotina.»

Não ficavam, tão pouco, ahi as cousas.

Nœgele acaba de trazer, por estes tempos, os seus brilhantes estudos a respeito; para elle o synclitismo não existia; a cabeça inclinava-se sobre uma das espaduas, o diametro bi-parietal não era parallelo ao plano do estreito superior; a cabeça descia asyncliticamente.

As idéas eram, portanto, as mais contradictorias. Segundo Duncan e Playfair o synclitismo não existe senão na metade superior da excavação; na metade inferior e particularmente no estreito perineal a bossa parietal anterior se acharia mais baixa que a posterior, havia asynclitismo.

Vejamos, agora, o que nos diz Varnier: «L'axe du corps de l'uterus, c'est-a-dire, de la portion active de l'organe, celle qui pousse le fetus dans le basin ne coincide pas, a l'état statique avec l'axe du detroit superieur» e accrescenta que esta coincidencia não se produz mesmo durante o trabalho, que o corpo do utero descança sobre a columna vertebral e está em retroversão relativamente ao eixo do estreito superior. Smelie, reforçando as idéas de Varnier appõe as seguintes considerações:

«1.ª—a cabeça na entrada da bacia está em posição transversa;

2.ª—está em flexão desde o 5.º mez, o mento em contiguidade com o sterno;

3.ª—não ha aqui o synclitismo dos inglezes, nem, tão pouco, o asynclitismo de Nœgele, porquanto o seu eixo bucco-occipital cruza muito obliquamente o eixo do estreito superior; a sutura sagittal está para deante, o mento para traz deste eixo: o parietal e a bossa posteriores ja estão na bacia, emquanto que o parietal e a bossa anteriores ainda estão fóra da entrada desta excavação, de modo tal que um ligeiro movimento de bascula exercido de cima para baixo sobre a bossa anterior engajaria de prompto a cabeça; o temporal posterior fica em relação com o promontorio». Dahi deduzimos que a cabeça ainda não está engajada porque o seu parietal anterior descança sobre a symphise pubiana; este, porem, desprendendo-se, desce, a sutura sagittal se afasta da symphise, approxima-se do promontorio, confunde-se com o eixo da bacia, o engajamento se effectúa; o synclitismo se realiza, vai se dar o 2.º tempo do parto.

Não offerece duvida que as coisas pódem se passar assim, isto é, que a cabeça póde, em

circumstancias excepcionaes, descer synclitica-mente; um facto, porém, racional é que o asyn-clitismo é mais favoravel ao engajamento, pois nestas condições podemos ver que o diametro bi-parietal é aqui substituido por outro de meno-res dimensões, a que chamaremos o *diametro parieto-temporal.*

Com relação a este asynclitismo, nem sem-pre a inclinação se dá para a éspadua anterior, posto que esta forma seja a mais consagrada pela observação clinica; a inclinação pode-se fazer con-tra a espadua posterior, muito embóra, menos frequentemente.

A' primeira fórma chamaremos *asynclitismo posterior*, porque é a bossa posterior cujo engaja-mento se effectúa em primeiro logar; á segunda chamaremos *asynclitismo anterior*, na qual é a bossa anterior que desce em primeira linha.

Uma coisa não podemos deixar passar aqui; é o absurdo contido na expressão de Levret com relação á coincidencia do eixo uterino, porquanto nós sabemos que uma das questões mais contro-versas na sciencia, é essa da situação do utero com relação á bacia; estaremos antes de accôrdo com Varnier, bem que aquelle tenha a seu favor

as opiniões de Cruveilhier, Sappey, Langer, Bandl, Kölliker, etc.

Como Varnier pensam Claudius, Luschka, Braune, Rüdinger e grande numero de gynecologistas, e como nos interessa mais aqui uma parturiente que uma nullipara, temos ainda a nosso favor a opinião mixta de Tschassow com relação à nullipara.

Não podemos concordar em absoluto com as 1.ª e 2.ª partes das considerações de Smelie: a cabeça em posição obliqua facilita o engajamento, bem que o diametro sub-occipito-bregmatico possa penetrar qualquer dos diametros transverso ou obliquo do estreito superior; o que nos parece fóra de duvida, porém, é que o diametro obliquo pelvio favorece o engajamento, porque no caso de descida asynclitica, o diametro parieto-temporal, que viria substituir o diametro-bi-parietal se a cabeça descesse syncliticamente, acha-se naquellas condições em relação com um diametro algum tanto obliquo, intermediario entre o nosso diametro obliquo e o antero-posterior.

Isto é quanto á primeira consideração; com relação à segunda pensamos com Pajot que o momento em que se faz a flexão depende das relações existentes entre o volume da cabeça e

a capacidade da bacia e não póde ser tão restrictamente determinada como o faz Smelie. Em apoio a Pajot nós temos as causas em virtude das quaes se effectúa esta flexão. Vel-a-emos. A cabeça representa uma alavanca inter-fixa, um *levier* do primeiro genero, no qual o ponto fixo, (ponto de apoio) é representado pela articulação occipito-atloidiana, o braço de resistencia é representado pela parte anterior da cabeça, toda a parte que se acha para deante da articulação; o braço de potencia fica para traz. Como o centro de gravidade é contido na resistencia segue-se naturalmente que a cabeça tende a se inclinar para deante, isto é, a entrar em flexão e tanto mais quanto maiores forem as resistencias que lhe offerecer a bacia. E' em virtude de uma mesma tendencia que o corpo do feto é ligeiramente curvo para deante, pois o tronco sobre a bacia, ainda representando um *levier* do primeiro genero, vem facilitar e concorrer tudo para a flexão: o feto tende a ennovelar-se: é o ovoide fetal. Esta flexão é uma condição essencial e, salvo os casos de feto muito pequeno e bacia sufficientemente larga, a expulsão poderá se dar sem ella.

2.° *tempo* (descida). — A cabeça, portanto, esce asyncliticamente e continúa a sua progressão

cada vez mais asynclitica: á proporção da descida, a sutura sagittal vae se dirigindo para traz (*asynclitismo posterior*), de modo que terminada aquella, esta olha a ultima peça do sacro.

D'ahi concebemos os termos antigos:

CABEÇA ESCORVADA
» ENCRAVADA
» ENGAJADA

Se observarmos que o nosso ponto de reparo é a bossa parietal anterior e que esta é inaccessivel na mulher viva, disto deprehenderemos facilmente o motivo das idéas que dominavam anteriormente.

O que deve nos guiar é a sutura sagittal que podemos tocar e então havemos de verificar que esta se acha por detraz do bordo inferior e na visinhança da symphise pubiana e que á proporção que a cabeça progride a sutura se afasta dessa. Continuando a progredir o pólo fetal, a sutura sagittal recúa, o espaço que separa aquelle do pavimento coccy-sacro diminue.

Segundo alguns autores inglezes e notadamente Playfair, quando a cabeça chega á metade inferior da excavação soffre um movimento de deflexão, o mento se afasta do sterno e a fontanella

anterior se torna mais accessivel; d'ahi em diante a cabeça entraria novamente em flexão até o perineu.

Este movimento, entretanto, não tem sido observado.

Durante a descida, tomando o occipital como ponto de reparo fetal, a cabeça está sempre em uma das seguintes apresentações e segundo a ordem de frequencia: *occipito-iliaca esquerda anterior*, *occipito-iliaca direita posterior*, *occipito-iliaca direita anterior* a *occipito-transversa* é uma posição de transição.

O feto, porém, só sahe da bacia numa das duas posições seguintes: *occipito-pubiana* ou *anterior directa*, *occipito-sacra* ou *posterior directa*, ou, como diziam os parteiros do Seculo XVII

Face para baixo

Face para cima

Do que fica exposto deduz-se que a cabeça tem que effectuar um outro movimento, no fundo da bacia, em virtude do qual aquellas posições obliquas se transformaram em posições directas. E' o que vamos ver no 3.° tempo do parto.

3.° tempo (rotação interna:)—Até 1.750 acre-

ditava-se que o feto entrava na bacia da mesma fórma porque sahia.

Cabe a Nœgele, a gloria de dar uma nova orientação a estas transformações que soffre a cabeça no interior da bacia.

Antes, porém, já Smelie, Solayrés Baudelocque, Mme. La Chapelle e outros cooperavam neste sentido.

Smelie admittia que a cabeça que se engajasse em obliqua posterior sahiria em occipito-sacra—*face para cima;* se se engajasse em obliqua anterior sahiria em *occipito-pubiana*, isto é, *face para baixo.*

Entretanto Smelie parecia entrever a possibilidade da rotação da occipito-posterior em occipito-pubiana e como tal propunha executal-a por meio do forceps; os seus conhecimentos anatomicos nos advertem de que elle chegaria a este resultado.

Para este autor a transformação das obliquas posteriores em face para baixo, isto é, em occipito-pubiana era excepcional e chegava a admittir que a OIDP se transformava em OIEA, passando pelas diversas posições: *occipito-sacra, occipito-iliaca esquerda posterior, occipito-iliaca esquerda anterior*, que se terminaria pela *occipito-pubiana.*

Continuando as idéas de Solayrés, Bodelocque acreditava que as obliquas posteriores se transformavam em OS e que as transformações em OP eram a excepção. Neste ponto Baudelocque afasta-se, entretanto, de seu mestre, relativamente á direcção da transformação; pensava, como hoje nós conhecemos, que a OIDP se transformava em OIDT, OIDA e por fim em OP. Era sempre e ainda o mesmo Nœgele o sol que vinha trazer uma luz nova e cheia de vida às trevas em que jaziam estes espiritos investigadores.

Provou que a rotação em occipito-sacra era uma excepção, constituia uma anomalia e que a regra geral não só para as obliquas posteriores, como tambem para as obliquas anteriores era a sua transformação em anterior directa, isto é, occipito-pubiana.

Ficava, porém, na obscuridade o movel em virtude do qual se effectuava esta rotação no fundo da bacia.

Por estes tempos (1819 mais ou menos), vinham á luz multiplas theorias, entre as quaes se salientavam: 1.° a *theoria dos planos inclinados* 2.° a *theoria das espinhas sciaticas.* A primeira é mais ou menos assim concebida: Ha dois planos incli-

nados nas paredes lateraes da bacia, um anterior, outro posterior e ambos separados por uma linha vertical que passa na base das espinhas sciaticas. Se o occipital no acto do engajamento e descida da cabeça se colloca para deante ou para traz desta linha, tambem volta definitivamente para deante ou para traz.

Sòmente pelo enunciado desta theoria podemos já ajuizar do seu valor. A contradicção aqui é palpavel. Como se explicaria que as obliquas posteriores se mudem tambem em directa anterior, o que nós sabemos que se realiza? . . .

A theoria das espinhas sciaticas não passando de uma modificação da precedente dispensa-se-nos occupar a respeito.

Foi então no chaos destas combustões scientificas que surgiu a notabilidade de Pajot, guiando estes modernos Theseus nos labyrinthos da obstetricia.

Com a *lei da accommodação* vamos, pois, encontrar o fio de Ariadne: «Quando um corpo solido é contido noutro, se o continente é a séde de alternativas de movimento e repouso, se as superficies são escorregadiças, o conteúdo tenderá incessantemente a accommodar a sua fòrm e as suas dimensões ás formas e á capacidade do con-

tinente.» Vejamos se a lei de Pajot póde conformar-secom o que se passa na bacia. Falemos do continente:

De accôrdo com os mais eminentes parteiros são estes os diametros tomados no estreito inferior no estado estatico:

Diametro	coccy-pubiano. . . .	11 centims.
»	bis-ischiatico	11 »
Diametros	obliquos	11 »

Nestas condições é que exclamava Pajot: 11 PARTOUT!»

No estado dynamico, porém, dizem os classicos, as coisas se modificam; o cocyx é retropellido durante o trabalho do parto e nestas condições o diametro coccy-pubiano passa a ter 13 1/2 centimetros.

Para o ladodo feto, isto é, em relação ao conteúdo, temos:

Diametro	sub-occipto-bregmatico .	95 millms.
»	bi-parietal	92 »

sendo dada ao vertice a fórma oval da menor circumferencia.

Vistas as considerações que acabámos de expor

está claro que um conteúdo de 95 millimetros de diametro em todas as direcções, apresentando-se em um continente de 11 centimetros não necessita de rotação para atravessal-o.

Tomemos mesmo a circumferencia sub-occypto-frontal, cujo diametro mede na maioria dos casos 102 a 105 millimetros ou ainda 11 centimetros como dissemos em nosso capitulo anterior. Ainda assim, podemos concluir que a rotação é desnecessaria, pois o continente apresenta por toda parte diametros superiores, ou eguaes isto é, de 11 centimetros.

No entretanto podia-se invocar que o diametro coccy-pubiano depois da retropulsão, medindo 13 1/2 centimetros se prestaria melhor à sahida do diametro fetal, o sub-occipital-frontal.

Mas nós poderiamos contrastar com a seguinte pergunta: Quem produz esta retropulsão do coccyx?

«Il ne recule pas de peur» diz Varnier. Sómente o diametro sub-occipto-frontal poderia forçar o cocyx, mas este é menor que o coccy-pubiano, portanto não havia necessidade de se admittir esta retropulsão nem tão pouco a rotação no estreito inferior.

A observação, todavia, tem mostrado que o

coccyx é retropellido e esta retrocessão póde ir muitas vezes até a luxação.

E' que, como diz Varnier, a rotação não deve se fazer sinão abaixo do estreito inferior antes da cabeça ter deixado o coccyx. Não podemos absolutamente comprehender esta retropulsão do coccyx nem tão pouco a rotação da cabeça; ha, necessariamente, erro na mensuração do diametro coccy-pubiano.

Certamente, autores diversos entre os quaes Pinard, Devilliers etc., acharam em bacias osteoligamentosas 85 millimetros.

Devilliers suppunha tão difficil, por este respeito devido á memoria de tão grandes homens, que estes se tivessem enganado na mensuração do coccy-pubiano, visto tratar-se de bacias seccas, que attribuia-o á incurvação que offerece o coccyx sob a influencia das tracções exercidas pelos ligamentos sacro-sciaticos. Entretanto os 85 millimetros foram confirmados em mensuração sobre cadaveres frescos. Podiam-se ainda invocar alterações cadavericas; mas é o proprio Varnier, que temos sempre tomado como exemplo nas nossas discussões, que vem ainda nos mostrar por medidas praticadas sobre 38 mulheres gravidas, em 1887, na Maternidade de

Lariboisière, a confirmação dos 85 millimetros. E nem se comprehende como apresentando-se no fundo da bacia uma cabeça em OIET com um diametro de 105 millimetros, o sub-occipito-frontal tendo á sua frente uma passagem, um diametro de 11 centimetros, vá este dar uma longa volta para collocar o seu grande diametro em relação com um menor, pois o coccy-pubiano, mesmo depois de retropulsão, não terá mais de 105 millimetros!

Sabemos que a cabeça, que se acha em posição transversa, se muda tambem em occipito-pubiana, passando pela obliqua anterior. Porque não sahe em posição obliqua ou transversa, quando ha franca relação entre os seus diametros? Porque este gyro *sine causa?* Não é a mobilidade do coccyx segundo Budin e Crouzat, o qual aliás se torna rijo, nem tão pouco os ligamentos sacro-sciaticos, como quer Tarnier, o que então não se dá, pois na mulher gravida, ao contrario, estes ligamentos ficam rijos e tensos, o que dá logar a esta rotação. Depois, que tem os ligamentos sacro-sciaticos com o coccyx? Tão pequena relação!

Pelo que fica dicto não é o estreito inferior que necessita desta rotação.

Vejamos o que nol-a poderá explicar e o

motivo por que o coccyx é retropellido: é isto o que nos diz Varnier. Em 1886 Farabeuf e o discipulo de Pinard tomam um cadaver de mulher, ao qual haviam feito a evisceração pelvia, isto é, extirpação do recto, do utero e da vagina. Nesta bacia assim esvasiada introduzem um estomago completamente cheio de liquido e ligado em suas duas extremidades, o orgam foi collocado de tal fórma que a sua grande curvatura adaptou-se á concavidade pelvia. Exercendo sobre este estomago; uma pressão de cima para baixo, observaram que uma porção da grossa tuberosidade fazia hernia atravéz da abertura deixada no pavimento pelvio pela extirpação do recto e da vagina. A porção herniada, visivel na parte inferior, apresentava á fórma de uma callote ovalar de grande diametro antero-posterior e pequeno diametro transverso; qualquer que fosse a pressão exerçida, havia sempre predominancia do diametro antero-posterior sobre o diametro transverso. Desta experiencia resulta que ha qualquer coisa neste ponto, uma especie de *abotoadura* dilatavel, de grande diametro antero-posterior, de menor diametro transverso que obriga a cabeça a fazer a rotação, produzindo a retrocessão do coccyx.

Continuando, porém, a se exercer a pressão

sobre o estomago este acaba por vencer o obstaculo, sendo preciso, entretanto, forçar extraordinariamente o diametro transverso, e soffrendo o proprio orgão um achatamento neste sentido, a abertura conservando sempre a predominancia do seu diametro antero-posterior.

Notaram durante este tempo a impulsão franca do coccyx para traz. Querendo reproduzir-se a experiencia com um balão do tamanho de uma cabeça de feto e completamente espherico, será preciso empregar-se maior impulsão contra o balão e ainda assim este não passaria senão sob a condição de se achatar no sentido antero-posterior, isto é, tomando uma fórma ellipsoide.

Vejamos, porém, porque é constituida esta *abotoadura, a fenda pubo-coccygiana* de Farabenf.

Pelo estudo anterior, feito a respeito do perineu, vimos a larga fenda deixada pela resecção da urethra, da vagina e do recto; vimos especialmente a direcção e inserção, das fibras musculares dos ischio vimosa coccygiano e levantador do anus; ainda na notavel experiencia de Budin a constricção que soffre o canal vaginal pelo levantador do anus, a adherencia de fibras deste musculo á vagina.

E' nesta fenda que reside, pois, o segredo da rotação e talvez ainda o da orientação da cabeça fetal.

Em condições estaticas esta abertura mede 85 millimetros no sentido antero-posterior ou coccy-pubiano; ao passo que as suas dimensões transversas não excedem a 30 ou 40 millimetros.

Ahi está o motivo porque em virtude da lei da accommodação a cabeça tem que soffrer a rotação; o diametro transverso jamais attingirá 11 centimetros, por maior que seja a pressão exercida sobre a cabeça, emquanto que o antero-posterior póde perfeitamente alcançar e até exceder esta dimensão.

Accrescentemos, com Varnier e Farabeuf, que a circumferencia que vai solicitar passagem neste estreito muscular é a grande circumferencia sub-occipito-frontal e não a sub-occipito-bregmatica; dando-lhe 11 1/2 centimetros, o maximo, segundo os autores, temos explicado, assim, o motivo desta retropulsão tão lenta e penivel do coccyx; ahi está tambem porque, no acto da sahida do grande diametro e que o perineu tem de ser protegido pelo parteiro, o anus deixa-se dilatar com grande predominancia no

sentido antero-posterior. Uma experiencia de P. Dubois que teria sido mais fructifera se o autor fosse mais profundo, nos deixa entrever a possibilidade que tinha de chegar á descoberta do estreito muscular. Em uma mulher morta pouco tempo depois do parto, aberto o utero, o seu proprio feto foi collocado na excavação, estando o orificio uterino largamente aberto em posição OIDP. Para que a cabeça transpuzesse o perineu e a vulva, foi preciso um grande esforço e notou-se mais que, quando a cabeça surgiu nas vias genitaes externas, o occipital estava voltado para a direita e para deante e a face para a esquerda e para traz.

Reproduzindo successivamente a experiencia com o mesmo feto, chegou um momento em que a cabeça tinha transportado a vulva, estando, porém, desta vez o occipital voltado para traz.

A experiencia foi continuada com um feto mais volumoso por algumas vezes; na primeira, a cabeça transpoz a vulva tendo executado a rotação, nas demais, porém, não foi mais possivel observal-a.

Esta experiencia nos deixa ver perfeitamente a necessidade da resistencia dos tecidos, com

especialidade do perineu, para se poder effectuar a rotação.

Segundo o que nos hão ensinado Tarnier e Farabeuf, deixamos evidenciado que a cabeça descendo em flexão, para que se apresente no estreito muscular a circumferencia sub-occipito-frontal é preciso que aquella soffra nesta occasião um movimento de deflexão; além de que estes autores deixam á margem toda influencia que possa ter a excavação sobre o effeito do movimento rotativo.

Tarnier, fundando-se em dois resultados clinicos incontestaveis, diz: 1.°, a rotação não se produz senão quando a flexão é completa, 2.°, a cabeça é, em consequencia da inclinação do assoalho pelvio, projectada para baixo e para deante; e accrescenta que a rotação se dá como a flexão pelo desigual comprimento dos dois braços de *levier*.

Demelin mostrou, pelo estudo dos córtes cadavericos, que a rotação não se effectuava simplesmente pela flexão, mas por uma hyper-flexão.

Vamos ver agora que a excavação pelvia exerce notavel influencia sobre a rotação craneana e que o estreito muscular representado pelos musculos ischio-coccygiana e levantador do anus,

musculo coccy-perineal de Farabeuf, representa um apparelho de manutenção, determinando o sentido da rotação e obrigando-a a não se desviar deste.

Se lançarmos um golpe de vista sobre os diversos diametros dos dois estreitos principaes (superior e inferior) veremos que ambos têm uma fórma ellipsoide, sendo os seus grandes eixos dirigidos em sentido contrario um do outro: as grandes dimensões do estreito superior são representadas pelos diametros transversos ou obliquos, as do estreito inferior são, devida á retropulsão do coccyx, em um sentido antero-posterior; em outros termos a excavação pelvia vai se alongando de cima para baixo no sentido antero-posterior, e vai-se, ao contrario, estreitando lateralmente, na mesma direcção.

Dahi deduz-se que o ovoide fetal que tiver penetrado o estreito superior no sentido transversal ou obliquo (maiores dimensões) no meio da excavação e no estreito inferior (menores dimensões) será obrigado a gyrar sobre si mesmo para poder continuar a descida. O movimento de rotação póde, pois, se fazer na excavação e é elle quem o inicia, certamente, que orienta a cabeça até a fenda pubo-cocygiana de Farabeuf.

Cumpre-nos lembrar aqui os movimentos de nutação e contranutação que vêm em auxilio desta disposição da bacia; o primeiro facilitando a descida e a orientação e o segundo como implantando um obstaculo á direcção contraria.

Cremos, pelo exposto, ter dito o sufficiente sobre a rotação e, portanto, concluido este nosso *3.° tempo* do parto.

Passemos ao *4.° tempo* (movimento de extensão de cabeça). A cabeça luta agora contra o perineu que se cava numa especie de gotteira, conduzindo o occipital para a abertura vulvar vence o estreito coccy-perineal e neste momento começa a distensão do perineu; passada a contracção uterina, este se retrahe e levanta um pouco a cabeça; as contracções uterinas, auxiliadas pelas abdominaes renovam-se, o occipital escorrega ao longo da face posterior da symphise pubiana, interna-se sob a arcada, a vulva se entreabre um pouco, a cabeça começa a entrar em extensão sob a influencia das duas forças oppostas: de um lado as contracções uterinas e abdominaes, de outro lado a arcada pubiana, servindo de eixo a esse movimento.

Vemos successivamente sahir o occipital, o

vertice, a fronte, o nariz, a bocca e, por fim, o mento.

Uma vez o mento tendo transposto a vulva fica terminado este *4.° tempo* do parto, a cabeça entrando em franca extensão.

A explicação que nos dá Cazeaux deste movimento é das mais concludentes: «Uma vez o occipital engajado sob a arcada pubiana, a parte posterior do pescoço vem se applicar contra a face posterior da symphise, e esta destróe por sua resistencia toda a porção da força uterina que actuava contra o occipital: não resta, pois, mais, desta força senão a parte que agia sobre o mento.»

Continua-se a acção desta; o mento abaixa-se e este movimento de abaixamento do mento força o occipital a se levantar, isto é, toda a cabeça inverter-se para deante da symphise pubiana.

5.° *tempo* (rotação externa da cabeça e interna do tronco).—Emquanto que o *4.° tempo* se dava, isto é, o desengajamento da cabeça, um outro phenomeno se passava: era o engajamento do tronco, collocando-se o seu diametro bis-acromial em relação com transverso do estreito superior, as contracções continuam e, á proporção que o desengajamento da cabeça vai-se dando, vai-se tambem

operando o engajamento do tronco. Conforme a posição que se considerar, vê-se a cabeça tomar uma ligeira inclinação para a direita ou para á esquerda, isto é, na direcção da posição primitiva: é um movimento de restituição devido á acção dos musculos cephalo-rachidianos que tendem a corrigir a torsão da cabeça sobre o rachis.

Vai-se dar agora um movimento de rotação do tronco, afim de pôr o seu bis-acromial em relação com o antero-posterior do estreito inferior a cabeça não fazendo senão pronunciar mais o seu movimento de restituição.

Da mesma fórma que a cabeça tomou ponto fixo na arcada do pubis, fal-o agora tambem a espadua anterior; apparece em seguida a espadua posterior, que se desengaja em primeiro logar, sahe a espadua anterior e o tronco é facilmente expulso; os mesmos movimentos de engajamento, descida e desengajamento, deram-se simultaneamente com relação ao pubis; o diametro bitrochanteriano se poz em relação com os maiores diametros maternos, e o restante do feto sahe, descrevendo um ligeiro movimento de espiral e assim se effectua o *6.° tempo* do parto.

Temos no nosso estudo tomado por base uma apresentação do vertice em posição indit-

ferente, porque uma vez conhecido o mechanismo desta, ser-nos-á facil penetrar o das demais apresentações e posições com pequenas modificações.

Para melhor simplificarmos este assumpto, apresentamos em seguida dois quadros tirados ao professor Tarnier, no primeiro, vemos os diversos tempos do parto applicados a cada apresentação, em particular; no segundo, o professor Tarnier se torna mais explicito, nos descrevendo mais minuciosamente as modificações peculiares a cada apresentação, no tempo correspondente. Terminando o presente capitulo, diremos, de passagem, que os partos nas apresentações do tronco e em posição mento-sacra são absolutamente impossiveis de se realizar; salvo em condições verdadeiramente excepcionaes de feto demasiadamente pequeno, bacias excessivamente grandes, condições geraes as melhores para o lado da parturiente e contracções uterinas vigorosas.

A sahida pelo tronco em taes condicções é o que se denomina *evolução espontanea.*

QUADRO DOS DIVERSOS TEMPOS DO PARTO, RELATIVAMENTE A CADA APRESENTAÇÃO, SEGUNDO O PROFESSOR TARNIER

Vertice

1.° tempo	Flexão da cabeça
2.° »	Engajamento da cabeça
3.° »	Rotação da cabeça
4.° »	Desengajamento da cabeça
5.° »	Rotação interna do tronco
6.° »	Expulsão do tronco

Face

1.° tempo	Extensão da cabeça
2.° »	Engajamento » »
3.° »	Rotação » »
4.° »	Desengajamento »
5.° »	Rotação interna do tronco
6.° »	Expulsão » »

Extremida pelvia

1.° tempo . . .	Aconchegamento das nadegas
2.° » . . .	Engajamento » »
3.° » . . .	Rotação » »
4.° » . . .	Desengajamento » »
5.° » . . .	Rotação interna da cabeça
6.° » . . .	Expulsão da cabeça

Tronco (evolução espontanea)

1.° tempo . . .	Aconchegamento do tronco
2.° »	Engajamento » »
3.° »	Rotação do tronco
4.° »	Desengajamento do »
5.° »	Rotação interna da cabeça
6.° »	Expulsão » »

QUADRO DOS DIFFERENTES TEMPOS DO PARTO COM DESENVOLVIMENTO ESPECIAL A CADA APRESENTAÇÃO, SEGUNDO TARNIER

1.° tempo (accommodação da primeira parte fetal)

	do vertice	por flexão
Fazendo-se a apre-	da face	» deflexão
sentação. . .	do pelvis	» aconchegamento
	do tronco	» »

2.° tempo (engajamento)

	do vertice	por escorregamento
Fazendo-se a apre-	da face	» »
sentação. . .	do pelvis	» »
	do tronco	» »

3.° tempo (rotação da primeira parte fetal)

Reconduzindo sob a arcada do pubis na apresentação	do vertice o occipital
	da face o mento
	do pelvis uma nadega
	do tronco uma espadua

4.° tempo (desengajamento)

Fazendo-se na apresentação .	do vertice por deflexão
	da face » flexão
	do pelvis » progressão
	do tronco » inflexão lateral

5.° tempo (rotação da segunda parte fetal)

Reconduzindo sob a arcada do pubis.	uma espadua no parto pelo [vertice
	» » » » pela face
	o occiptal » » » extremidade pelvia
	» » no parto pelo tronco (evolução espontanea)

6.° tempo (expulsão da segunda parte fetal)

Fazendo-se por desengajamento.	do tronco no parto pelo vertice
	» » » » » face
	da cabeça no parto pela extre- [midade pelvia
	» » » » pelo tronco (evolução espontanea)

CAPITULO IV

PHENOMENOS PLASTICOS

Para iniciarmos o estudo dos phenomenos plasticos vamos tomar por base uma primipara, de partes molles exteriores resistentes, tendo o periodo de expulsão até aqui corrido mais ou menos regular. Os 1.°, 2.° e 3.° tempos po parto já se realizaram; o estreito muscular deixou-se atravessar e agora a cabeça lucta sómente contra o orificio vaginal; immobiliza-se na vulva e ahi fica 15, 20, 30 minutos; a fronte tem ultrapassado o coccyx, que apenas a impelle, indo de encontro á raiz do nariz; está fóra do intervallo das contracções. Vê-se, então, e póde-se facilmente tocar uma superficie sub-occipito-retro-

bregmatica, a ponta do occipital e os dois bordos parietaes, a sutura lambdoide e a parte posterior da sagittal. Podemos observar ainda a cada impulso a ponta do occipital se internar sob os parietaes emquanto que na linha sagittal forma-se uma dobra cutanea muito saliente de quasi meio centimetro o couro cabelludo parecendo ter adquirido maior espessura. Abaixo da dobra cutanea notamos o bordo cortante de um dos parietaes em saliencia sobre o outro; esta saliencia augmenta no auge das contracções e diminue quando estas têm cessado.

A lucta reproduz-se e os mesmos phenomenos podem-se observar. O canal vulvo-vaginal, inextensivel, offerece franca opposição á cabeça que, a pouco, e pouco, se reduz, se accomoda para atravessar o canal. Se, porém, este annel vulvo-vaginal resiste sempre e a cabeça não póde mais se reduzir, dá-se então uma *rasgadura*, dicta *central do perineu.* A dobra cutanea parece ter desapparecido, emquanto que uma saliencia se levanta dos ossos e vem substituil-a. Esta saliencia é bastante tensa, renitente, violacea, edematizada, algumas vezes coberta de phlyctenas, fórma uma especie de barrete, que proemina na vulva e parece cobrir uma collecção liquida.

Ao vermol-a, julgariamos a pelle levantada como uma ventosa, pelo affluxo sanguineo. Parece que assistimos á formação de uma dessas bossas sanguineas da fronte que se elevam depois de um traumatismo limitado. Se neste momento cede então, o annel vulvo-vaginal, vemos apparecer uma circumferencia maior—é a bossa sanguinea, que podemos contornar com a extremidade digital; a pelle, além desta tumefacção, não é levantada nem tão pouco echymosada; na sua base encontramos um sulco divisorio que nos mostra a constricção padecida, neste ponto, pelos tegumentos do craneo, considerado então como fronteira em relação com as demais partes da cabeça.

E', pois, a bossa sanguinea ou sero-sanguinea consecutiva a embaraço, a obstaculo á circulação de retorno de todo o tegumento que não está em contacto com os tecidos maternos ou têm apenas um ligeiro contacto e circulado pelo orificio inextensivel.

Se a sahida tardasse mais, veriamos juntar-se á bossa primitiva uma segunda, concentrica.

A differença entre a cabeça que sahe nestas condições e a que não encontra senão resistencias

minimas é assás palpavel, reside na formação da bossa e numa especie de moldagem da cabeça que diminuiu os diametros sagittaes e transversaes em proveito do occipito-mentoniano, o que podemos observar 48 horas depois, quando a bossa tiver desapparecido.

Aqui estão, pois, phenomenos plasticos consecutivos á dystocia vulvar:

CAVALGAMENTO DOS OSSOS

BOSSA SERO-SANGUINEA

MOLDAGEM DA CABEÇA

Visto o que temos exposto é facil concluirmos que estes phenomenos podem se dar em todo canal onde se apresente uma resistencia no acto do trabalho.

Nas posições esquerdas, em uma primipara, mais commumente, acharemos a bossa sobre o parietal direito; nas posições direitas sobre o parietal esquerdo, em vez de mediana como temos observado acima. Aqui a cabeça engajada antes do principio do trabalho ficou por muito tempo em transversal ou obliqua anterior no estreito inferior, offerecendo ao vasio do canal vaginal a pelle do parietal anterior. Segundo

Mme. La Chapelle, é no segundo-tempo do parto, quando a cabeça está na excavação antes de executar a rotação que se dá a formação da bossa.

A cabeça é, pois, constricta de todos os lados, excepto do lado do pubis; nas posições diagonaes ou transversaes é o seu lado ou a sua parte transversal que corresponde á arcada pubiana. Neste ponto não havendo resistencia, o sangue, os humores podem ahi se accumular, porque a sua volta para os vasos vizinhos, é impedida pela compressão das paredes da bacia; ahi, portanto, deve-se formar uma tumefacção, uma ecchymose, e até um thrombus. A arcada pubiana representa, pois, aqui uma verdadeira ventosa; esta subtrahe á pressão atmospherica um pouco de tegumento; aquella subtrahe, pela sua area livre, uma parte da cabeça ás pressões pelvias.

Se tratarmos de uma multipara, na qual a cabeça se demorou por muito tempo no *estreito superior*, depois engajou-se num momento e foi expulsa em uma contracção a bossa sero-sanguinea será encontrada no parietal posterior.

Se tratarmos porém de uma cabeça que levou muito tempo no estreito superior em inclinação sobre o parietal posterior, e no fundo da bacia,

sobre o parietal anterior, será duplo, então, o embaraço circulatorio e duas bossas se formarão: uma em estado de vestigio, outra, mais notavel, mais saliente, é a ultima em formação.

Se a cabeça, emfim, faz uma terceira parada no estreito inferior ou vulvar, neste caso, uma terceira bossa, mediana, se sobrepôrá ás duas anteriores.

Admittamos, entretanto, que a cabeça não se demorou senão no estreito superior, ainda assim duas bossas se formarão successivamente: uma, antes, outra, depois da ruptura do sacco das aguas.

A este respeito vejamos como se manifesta Schröder; « A bossa sanguinea é extremamente rara antes da ruptura do sacco das aguas, se bem que os casos nos quaes se tem observado uma bossa sanguinea, sendo intacto o sacco das aguas, pertençam ás maiores excepções. »

E' que Schröder devia dizer que o que era excepcional era a occasião de observar se existia bossa antes da ruptura, porquanto Varnier sobre 5 mulheres mortas e congelladas, em todas havendo a notar-se a producção da bossa, em 3 as membranas estavam perfeitamente intactas; as

outras duas succumbiram após a ruptura das membranas.

Este tumor, como diz Schröder, resulta de que a parte do craneo, sobre a qual se fórma, está submettida a uma pressão inferior ás demais partes.

Antes da ruptura, pois, a bossa deve-se formar em toda a porção subtendida pelo coxim elastico do sacco, ou seja sobre toda a porção que proemina na area de dilatação do collo.

SÉDE DO DERRAMAMENTO.—Para Tarnier a origem deste derramamento seroso ou sero-sanguineo está na infiltracção do tecido cellular subcutaneo; mas Varnier, que o verificou em córtes especiaes, poude observal-o não só no tecido cellular, mas tambem entre a aponevrose pericraneana e o periosteo.

O CAVALGAMENTO DOS OSSOS E A MOLDAGEM.—São tambem um phenomeno precoce anterior á ruptura das membranas.

Como nos diz Künecke, esta plasticidade da abobada fetal é um factor importante do trabalho; é que a cabeça é susceptivel de se modelar na passagem, retrahindo-se em certos diametros.

Para observarmos estes phenomenos, basta tomarmos uma cabeça morta ou viva e comprimil-a no sentido do diametro bi-parietal para vermol-a reduzir-se de 5 millimetros, retrahir-se a sutura sagittal, um dos parietaes cavalgar o outro; se exercermos a pressão no sentido antero-posterior o occipital e os frontaes internar-se-ão sob os parietaes, e um e outro frontaes se cavalgarão entre si

E' em virtude deste cavalgamento que se apagam ou diminuem as fontanellas.

Este cavalgamento se dá desde o inicio das primeiras contracções e se pronuncia cada vez mais no decurso do trabalho.

Se a inclinação no estreito superior é sobre o parietal posterior, o que é a regra, este é que, cavalga; se é sobre o outro é então est'outro que se sobrepõe.

Sendo conhecida previamente a posição fetal, pelo exame de uma cabeça, podemos dizer qual a inclinação de engajamento.

Convém, no entretanto salientar, que a cabeça não é senão muitissimo pouco reductivel: é que o que perde num sentido procura compensar noutro e dahi estas oscillações que promovem a moldagem.

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do Curso de Sciencias Medico-Cirurgicas

1.ª Secção

ANATOMIA DESCRIPTIVA

1. Durante a gravidez o utero soffre uma hypertrophia e até certo ponto uma hyperplasia consideraveis que modificam o seu volume, fórma, direcção, situação e relações.

2. Este augmento é tão consideravel que a capacidade uterina que no estado normal é de 2 ou 3 centimetros cubicos, attinge no fim da gravidez 6 ou 7 mil.

3. O utero, entretanto, apezar desta genese cellular não augmenta de espessura, tornando-se pelo contrario mais delgado no momento do parto, a que é devido á sua grande expansão.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

1. Segundo Cruvelhier, Sappey, Kölliker e outros o eixo uterino se confunde com o da excavação; emquanto Schultze e Waldeyer admittem que este orgão está fortemente inclinado para deante, repousando sobre a bexiga.

2. Outros anatomistas e gynecologistas de grande nomeada, como Luschka, Braun, Rudinger etc. admittem, pelo contrario, que o utero repousa sobre o recto.

3. Testnt, analysando este antagonismo de idéas em homens tão eminentes, conclue dahi que o orgão em questão não tem situação fixa, sendo, pelo contrario, extremamente movel.

2.ª Secção

HISTOLOGIA

1. Fazendo-se um corte perpendicular á superficie do ovario, este nos apresenta a estudar: 1.° uma camada cortical, camada ovigena, camada parenchymatosa, em que distinguimos: o epithelio de revestimento do ovario, o stroma da camada existencia de microbios em pequenas cadeias e

ovigena, os ovisaccos e os corpos amarellos; 2.° uma camada central ou medullar, bolbo do ovario, formando a maior parte deste orgão, a qual é constituida por tecido conjunctivo, fibras musculares lisas, vasos e nervos.

2.° Os ovisaccos, que recebem tambem a denominação de *folliculos de Graaf*, são, segundo Sappey, em numero de 300.000 para cada ovario.

3. Logo que attingem o periodo de maturidede, os ovisaccos apresentam as fórmas de pequenos kystos nos quaes podemos distinguir: o *envolucro do ovisacco, a camada epithelial, a cavidade do ovisacco* e *o ovulo.*

BACTERIOLOGIA

1. As procuras importantes realizadas por Vidal demonstram que *o streptococus piogens* por si só é insufficiente para produzir a infecção puerperal, com suas fórmas clinicas mais variadas, com suppuração uterina, peritoneal, fórmas septicemicas puras, *phlegmatia alba dolens etc.*

2.° Chauveau e Arloing, em pesquizas feitas com os humores de uma mulher morta sob a influencia da infecção puerperal, mostraram a

chegaram a determinar, por inoculação no coelho, septicemias experimentaes.

3. Outros scientistas, como Max Schuller, Brieger, Cushing têm encontrado na infecção puerperal, entre outros germens, os *staphilococci pyogenes aureus* e *albus*.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

1. Nas metrites agudas a mucosa uterina apresenta-se molle e espessada e no exame microscopico podemos verificar uma grande existencia de cellulas embryonarias.

2. Nestas lesões as glandulas parecem ficar pouco mais ou menos intactas; ao passo que na fórma chronica as lesões glandulares são assás pronunciadas.

3. As fórmas graves se acompanham da eliminação das camadas superficiaes da mucosa, sob a fórma de pedaços necrosados e a propria mucosa é tumefeita, edematosa, vascularizada e infiltrada de leucocytos.

3.ª Secção

PHYSIOLOGIA

1. O coração do feto bate em media 140 pulsações por minuto; a auscultação destes ruidos é o maior criterio para o diagnostico da prenhez.

2. A mistura do sangue materno com o sangue fetal não se dá, como se acreditava antigamente; os dois systemas vasculares são perfeitamente independentes: as trocas entre os dois organismos se dão pela tenuidade das paredes dos seus vasos.

3. As emoções devem ser cuidadosamente evitadas á parturiente; no acto do trabalho, e particularmente nas primiparas, podem suspender immediatamente as contracções e produzir muitas vezes até a retrocessão do collo já dilatado.

THERAPEUTICA

1. A administração do centeio na dóse de 50 centigrammos a 1 gramma de pó, activa o trabalho do parto, fortificando as contracções uterinas.

2. Quando, porém as condições necessarias para um bom parto não são realizadas (largura sufficiente da bacia, dilatação do collo, ruptura do sacco, etc.) então o emprego do centeio é prejudicial produzindo contracções tetanicas que poderiam asphyxiar o feto.

3. Além desta acção do centeio ainda é elle empregado nas hemorrhagias uterinas consecutivas ao parto ou ao aborto; mesmo nos partos normaes é de uso se empregar o centeio após a expulsão do feto.

4.ª Secção

HYGIENE

1. O repouso constitue uma das regras principaes de hygiene da mulher gravida; as viagens, especialmente no principio e no fim da gravidez devem ser poscriptas; no meio do periodo gestativo, porém, os passeios modicos e os exercicios brandos podem ser permittidos.

2. Os cuidados hygienicos devem se estender com muita especialidade para o lado dos orgãos genitaes injecções vaginaes de agua fervida de manhã e de tarde, lijeiramente antiseptica, lava-

gens previas dos orgãos genitaes exteriores devem ser praticadas diariamente.

3. O asseio geral do corpo por meio de banhos mornos, sabonetes, etc., antisepticos deve ser praticado tanto mais quanto mais proximo se ache o fim da gravidez; em geral os banhos frios devem ser interdictos.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

1. Um dos caracteres importantes da creança morta antes do nascimento, é a maceração que não devemos confundir com a putrefacção; esse estado é caracterizado por um amollecimento geral dos tecidos, modificações profundas dos orgãos, não havendo producção de gazes, côr esverdeada da pelle, etc.

2. Podemos assegurar que uma creança morreu durante o parto desde que na autopsia verificamos que os pulmões não contêm ar, ou os bronchios se acham obstruidos por liquido amniotico, enduto sebaceo ou meconio.

3. A morte proposital da creança, isto é, o infanticidio, póde ser encoberta por muitas circumstancias: entre estas uma das mais frequentes

é que o advogado póde insinuar no espirito da mãi, que ella teve o seu parto precipitado e a creança morreu cahindo sobre o solo.

5.ª Secção

PATHOLOGIA CIRURGICA

1. As prenhezes e os partos repetidos, as rupturas do perineu, a atonicidade do canal vaginal, as vaginites, as metrites, os individuos predispostos por uma dystrophia, sujeitos ás diversas ptoses, são causas do prolapso dos orgãos genitaes; na mulher virgem um esforço, um accesso de tosse, uma contracção uterina mesmo podem influir neste sentido.

2. A causa primordial, porém, desses prolapsos está na falta de resistencia que possa apresentar o pavimento vagino-perineal e o relaxamento do orificio vulvo-vaginal, com ruptura completa ou incompleta do perineu.

3. Os meios de se evitarem esses prolapsos genitaes são a bôa execução de um parto, os cuidados hygienicos consecutivos, asepsia completa dos orgãos genitaes e, nos casos de ruptura perineal, o repouso prolongado no leito um mez a um mez e meio.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

1. Sob o nome de embryotomia designa-se toda a operação que tem por fim reduzir o volume do feto, mutilando-o.

2. Ha duas grandes classes de embryotomias; as embryotomias cephalicas, nas quaes sómente a cabeça do feto soffre a reducção e as embryotomias rachidianas, em que o feto é seccionado no nivel do rachis ou do pescoço.

3. As operações mais usuaes que se empregam para as embryotomias cephalicas são: a simples perfuração do craneo, a basiotripsia e a craneoclasia.

CLINICA CIRURGICA

PRIMEIRA CADEIRA

1. Sob a denominação de *operação cesariana* designa-se a extracção do feto por meio da laparotomia.

2. Ha duas grandes variedades de operação cesariana: 1.ª a hysterectomia ou cesariana conservadora; 2.ª a hysterectomia ou cesariana mutiladora.

3. Na primeira variedade faz-se sómente a extracção do feto, deixando-se o utero *in loco*, na segunda extrahe-se o feto, em seguida todo o utero, ou uma parte sómente.

CLINICA CIRURGICA

SEGUNDA CADEIRA

1. A ruptura do perineu se produz em geral no acto da expulsão da cabeça fetal ou em consequencia de uma applicação apressada de forceps, epecialmente nas primiparas.

2. A ruptura póde ser completa ou parcial; neste caso póde attingir sómente a furcula, póde exceder esta e attingir o sphincter anal, póde ainda interessar todo o sphincter sem que seja attingido o septo recto-vaginal; total, ella comprehende o sphincter anal e o septo recto-vaginal.

3. Nas rasgaduras recentes, sejam completas ou incompletas, deve-se tentar a reunião immediata, o que se faz logo após o delivramento, antes que possam ser inficionadas.

6.ª Secção

PATHOLOGIA MEDICA

1. A tuberculose é de uma influencia nefasta ao estado puerperal; uma das causas de morte subita no acto do trabalho, são as hemoptyses fulminantes, em consequencia do estado congestivo do apparelho pulmonar por effeito da gravidez.

2. O aborto e o parto prematuro são frequentemente observados em consequencia dos esforços de tosse, trazendo a ruptura previa das membranas.

3. Uma septicemia produzida pelo bacillo de Koch não seria difficil observar, visto o estado de menor resistencia do organismo, favorecendo a infecção puerperal.

CLINICA PROPEDEUTICA

1. Os procecsos mais empregados para o diagnostico das molestias, a saber: anamnese, inspecção, palpação, percussão e auscultação são tambem os que mais se empregam no diagnostico da gravidez.

2. O exame da urina é de uma grande importancia no diagnostico: a eclampsia puerperal é muitas vezes impossivel de se conhecer de outro modo.

3. A amenorrhéa é um facto observado em muitas molestias, como a chlorose, a tuberculose, anemias idiopathicas ou symptomaticas e outras: a gravidez interrompe tambem o curso das regras e, salvo algumas excepções, é o signal immediatamente precurssor deste estado.

CLINICA MEDICA

PRIMEIRA CADEIRA

1. A constipação com meteorismo, póde até certo ponto simular uma prenhez: o Dr. Alfredo Britto cita um caso da sua clinica em que a pseudo-parturiente estava plenamente convencida da existencia de uma creança *in utero.*

2. A falta de movimentos fetaes, ruidos do coração, baloiço abdominal e outros signaes de menor importancia convenceram a este illustre clinico do contrario; ao passo que o tympanismo pronunciado, a falta de dejecções, sem falar de outros symptomas lhe annunciavam que se tratava de uma constipação.

3. Sendo applicado um purgativo de aguardente allemã, o Dr. Britto teve de ver confirmado o seu diagnostico pelo desapparecimento de todos os phenomenos, e deste modo tambem sossobrava a doce illusão da mulher e do esposo.

CLINICA MEDICA

SEGUNDA CADEIRA

1. No curso da prenhez a ictericia simples, fóra as causas ordinarias, está sob a dependencia da congestão do figado e da auto-intoxicação: a morte do feto ou a sua expulsão prematura póde sobrevir neste estado.

2. A ictericia grave poderá ser uma consequencia da prenhez; o accesso de eclampsia é as vezes uma complicação da ictericia; esta tambem por sua vez póde ser uma complicação do estado eclamptico

3. Na ictericia grave o prognostico é ainda mais sombrio: a morte da mãe e do feto é quasi invariavelmente a regra; a provocação do parto é o unico meio de salvação para aquella.

7.ª Secção

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

1. As fórmas empregadas no tratamento das muccosas vaginal e uterina são: as injecções, as pomadas, os suppositorios, os pós, os ovulos os lapis, etc.

2. As injecções vaginaes se fazem com irrigadores, sendo, porém, actualmente, mais usado um apparelho especial, que se chama *bock*, e que se compõe de um vaso de vidro ou ferro esmaltado, posto em uma certa altura e em communicação com a cannula por um tubo de caoutchouc.

3. As injecções podem ter por base substancias antisepticas (sublimado, permanganato de

potassio, etc), ou plantas medicinaes; o lysol é um dos antisepticos mais usados no serviço da clinica obstetrica, na proporção de 10 para 1,000.

HISTORIA NATURAL MEDICA

1. Nos mammiferos assim como nas aves as folhas do blastoderma formam uma grande vesicula, a *vesicula blastodermica*.

2. Uma região muito limitada, nesta vesicula é empregada na formação do corpo do embryão, e é designada pelo nome de *area embryonaria*.

3. O resto da vesicula blastodermica (area extra-embryonaria) fornece os annexos do embryão.

CHIMICA MEDICA

1. No liquido amniotico encontramos albumina, uréa, acido lactico, glycose e diversos saes, como chlorureto de sodio, carbonatos alcalinos e traços de phosphatos e sulfatos.

2. O meconio tem tambem uma composição assàs complexa: ahi encontramos o acido tauro-cholico, crystaes de bilirubina, de biliverdina, de cholesterina, traços de acidos graxos, gordura, chloruretos, sulfatos alcalinos, phosphatos de cal e magnesia.

3. O leite encerra 110 a 130 partes de principios solidos para 1.000 e contém além da agua as substancias seguintes: caseina, albumina, substancias gordurosas, lactose (4 a 5 °/o) fermentos, uréa,saes mineraes e gazes diversos) acido carbonico, oxigeno, azoto).

8.ª Secção

OBSTETRICIA

1. Sob a denominação de dystocia designam-se as difficuldades que podem tornar o parto embaraçoso e até mesmo impossivel; estas difficuldades podendo depender da mãe ou do feto e seus annexos, por isso mesmo temos duas variedades de dystocia: *dystocia materna* e *dystocia fetal.*

2. A dystocia materna póde ser devida ás anomalias de contracção uterina, a obstaculos offerecidos pelas partes molles ou aos diversos vicios de conformação pelvia (bacias anomalas) e neste caso toma o nome especial de *dystocia ossea.*

3. A dystocia fetal póde provir de um excesso de volume do feto, total ou parcial, procidencia dos membros, numero de fetos (prenhez gemellar)

monstruosidades, adherencias e resistencias anormaes das membranas, pequenhez ou procidencia do cordão.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

1. A eclampsia é uma molestia aguda que sobrevém no curso da prenhez, do trabalho e até depois do parto, caracterizada por uma serie de convulsões tonicas e clonicas, se estendendo dos musculos da vida voluntaria aos da vida vegetativa, trazendo perda completa das faculdades intellectuaes, terminando-se pelo coma ou estupor.

2. Uma das causas essenciaes predisponentes da eclampsia é a albuminuria; vem em seguida a primiparidade, distensão exaggerada do utero, edade, retenção de urina, emoções, prolongamento do trabalho e outras de menor importancia.

3. Trez são as theorias actualmente em voga a respeito da causa pathogenica da eclampsia: a theoria nervosa, a theoria renal e a theoria sanguinea; esta ultima defendida por Levret, Broussais, Blot, Peter e a maioria dos autores e que tem recebido nestes ultimos tempos o apoio solido de Bouchard, parece a que mais se conforma com os nossos conhecimentos actuaes.

9.ª Secção

CLINICA PEDIATRICA

1. A creança, após o nascimento, não poderá ser levada para o exterior antes do 8.º dia no verão, e nunca antes do 25.º no inverno.

2. As vestes do recemnascido devem ser bastante folgadas para consentir-lhe plena liberbade de movimentos, e constituir-se de tecidos maus conductores de calor.

3. A erupção dentaria começa do 7.º para o 8.º mez pelos dentes de leite e só termina dentro de 2 1/2 annos pelos segundos molares.

10.ª Secção

CLINICA OPHTALMOLOGICA

1. A retinite albuminurica, conhecida antigamente sob a denominação de amblyopia albuminurica, é muitas vezes uma complicação da gravidez com albuminuria.

2. Estas retinites, dependentes, talvez, do estado dyscrasico do liquido sanguineo e perturbações passageiras da circulação, são susceptiveis de curar-se.

3. As perturbações menstruaes podem dar logar tambem a alterações outras da retina, tal é,

por exemplo, a hyperemia retiniana, que se póde manifestar nas mulheres hystericas.

11.ª Secção

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

1. A influencia da syphileis sobre o estado puerperal é das mais perniciosas e tanto mais quanto mais proximo da concepção foi o contagio: o abortamento, a morte do feto seguida de maceração, o parto prematuro, etc., são as suas consequencias.

2. Os annexos podem apresentar modificações profundas: as arterias do cordão são attingidas de arterites; a caduca é espessada; no caso de maceração do feto, o liquido amniotico é augmentado (ha hydramnios); a placenta é extremamente hypertrophiada, a infecção puerperal póde sobrevir.

3. A creança syphilitica é debil; as hypertrophias do figado e do baço são frequentes, o coryza, a existencia de placas mucosas, lesões parasyphiliticas, eis o triste dote do infeliz recem-nascido; a mortalidade é 78 a 80 por cento!!

12.ª Secção

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

1. O estado puerperal tem uma grande influencia sobre as molestias do systema nervoso: hysteria, epilepsia, choréa, etc.

2. A hysteria, predispondo á mania puerperal, poderá trazer a interrupção da prenhez em virtude dos movimentos bruscos transmittidos pelos orgãos abdominaes; o mesmo podemos dizer da epilepsia.

3. A choréa póde ser a consequencia da gravidez, ou esta póde despertar uma choréa já desapparecida; as mais das vezes, porém, o estado choreico póde desapparecer depois do delivramento.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia,
31 de Outubro de 1904.

O Secretario

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.